

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE No 684

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

David FALLIK

Né le 16 Mars 1909 à Cernauti (Roumanie)

FONCTIONNEMENT

DE LA

MATERNITÉ DE PORT-ROYAL
PENDANT L'ANNÉE 1933

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

David FALLIK

Né le 16 Mars 1909 à Cernauti (Roumanie)

FONCTIONNEMENT

DE LA

MATERNITÉ DE PORT-ROYAL

PENDANT L'ANNÉE 1933

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÆPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE... Neurologie et Psychiâtrie.	LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
BERNARD Étienne. Pathologie médicale.	LEMAIRE Pathologie expérimentale.
BOULIN Pathologie médicale.	LEVEUF Pathologie chirurgicale.
BROCQ..... Pathologie chirurgicale.	M ^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
BULLIARD..... Histologie.	LÉVY-VALENSI . Neurologie et Pyschiâtrie.
CATHALA Pathologie médicale.	MOREAU Pathologie médicale.
CHABROL..... Pathologie médicale.	MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	MOUQUIN Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.	OBERLING..... Anatomie pathologique.
DONZELOT Pathologie médicale.	PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
FEY Urologie.	PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
GALLIARD..... Parasitologie.	PORTES Obstétrique.
GASTINEL..... Bactériologie.	QUÉNU Pathologie chirurgicale.
GATELIER Pathologie chirurgicale.	RICHT Physiologie.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.	SANNIÉ..... Chimie biologique.
GAYET Physiologie.	SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
GIROUD Histologie.	SÉZARY Dermatologie et syphili- graphie.
HAGUENAU Pathologie médicale.	TROISIER Pathologie expérimentale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.	TURPIN Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.	VALLERY-RADOT
HUGUENIN Anatomie pathologique.	(Pasteur)..... Pathologie médicale.
JOANNON Hygiène.	VELTER..... Ophtalmologie.
LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.	VIGNES Obstétrique.
LACOMME Obstétrique.	WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.	LEROUX..... Anatomie pathologique.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.	ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	ECALLE	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN.....		GUÉNIOT	
BRULE.....		LE LORIER....	
CHIRAY		LÉVY-SOLAL ...	
DUVOIR		METZGER	
HARVIER.....			
LIAN.....			
MM.			
BASSET	} Clinique chirurgicale.		
CADENAT.....			
HEITZ-BOYER. .			
MOCQUOT			
MOURE.....			
SCHWARTZ.....			

V. — CHARGÉS DE COUR :

MM	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Éducation physique.
FREY.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Auxquels je dois tout.

A MA SŒUR AIMÉE

A MA FEMME

*Faible témoignage de mon
amour pour elle.*

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER

Professeur en chef de la Maternité

Qui nous a permis de poursuivre dans son service les travaux nécessaires pour l'accomplissement de ce travail.

En témoignage de notre profond respect et de notre vive reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR MAURICE MAYER

Chef de Clinique à la Maternité
Ancien interne des Hôpitaux

*A qui nous devons le meilleur
de ce travail. Hommage de pro-
fonde gratitude.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

L'étude du fonctionnement de la Maternité de Port-Royal est faite depuis l'année 1932, époque à laquelle M. le D^r LE LORIER a pris la direction de cette Maternité. M. le D^r LE LORIER a bien voulu nous confier le soin de continuer la coutume prise par lui à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut à partir de l'année 1924 et il nous a chargé de donner un aperçu du fonctionnement de son service pendant l'année 1933.

Ce sujet de statistique pure, exclut tout essai d'originalité : il laisse parler les chiffres. Ce travail donne une reproduction exacte du fonctionnement de la clinique pendant l'année 1933.

PREMIÈRE PARTIE

LES CONSULTATIONS

I. — Consultation pré-natale

Elle est assurée tous les jours en permanence alternativement par MM. les docteurs ADAM et Jean HÉBERT. A partir de midi, elle est assurée par une sage-femme de garde qui adresse les cas complexes aux internes de service (M^{lle} PHILIPPE, MM. BONNET; HANOUN et LACKMANN).

Nombre de consultations : 19.448.

Nombre de consultantes : 5.308.

Toutes les femmes qui présentent des particularités sont dirigées vers les consultations spéciales ou sont hospitalisées.

Femmes traitées par la consultation :

Sièges	238
Présentations transversales.....	34
Albuminurie légère.....	149
Albuminurie grave.....	19
Pyélonéphrites.....	127

Troubles urinaires légers.....	171
Hypertension	270
Hémorragies pendant la grossesse.....	49
Hémorragies pendant le travail (au début du travail).....	21
Vomissements	42
Vaginites	39
Végétations	16
Fibromes et grossesse	17
Rétroversion de l'utérus gravide.....	12
Malformation utéro-vaginale	4
Cardiopathie	17
Bassins viciés.....	82

Relativement à cette consultation, nous pouvons énumérer les particularités suivantes :

A. — En ce qui concerne les accidents d'intoxication gravidique, la recherche faite systématiquement à la consultation ne comporte pas seulement celle de l'albuminurie, mais la mesure systématique de la tension artérielle faite sur chaque femme à chacune des consultations.

La mesure de la tension artérielle s'inspire de la doctrine enseignée par M. le Dr LE LORIER, que, chez la femme enceinte l'hypertension existe souvent à l'état dissocié de l'albuminurie.

La tension artérielle est mesurée à la Maternité de Port-Royal toujours suivant la même méthode : méthode manométrique avec mesure de la maxima par la recherche des pulsations à l'artère radiale.

Cette méthode palpatoire donne des chiffres un peu inférieurs à ceux qu'on obtient par la méthode auscultatoire ou oscillométrique : mais cela n'a pas

d'inconvénient étant donné que la méthode reste la même et les chiffres obtenus sont comparables.

Cette méthode comporte un avantage qui est sa simplicité qui lui permet facilement d'être à la portée des sages-femmes.

Les résultats obtenus nous font confirmer ceux établis dans l'année 1932 par M. le Dr HÉBERT : c'est la hauteur relativement basse des chiffres de la tension artérielle ; d'autre part, la rareté de l'hypertension.

En effet, de même qu'en 1932, on trouve sur 15.000 consultations, seulement 250 fois la maxima supérieure à 13, en 1933, pour 19.000 consultations données (portant sur 5.300 femmes), on ne trouve que 270 cas de maxima plus élevée que 13.

Il est également intéressant de noter le non-parallélisme entre l'albuminurie et l'hypertension.

D'une part, le nombre des albuminuries est inférieur à celui des hypertensions (168 cas d'albuminurie, pour 270 cas d'hypertension).

D'autre part, nous avons recherché le nombre d'accidents graves de la série éclamptique, survenus chez les femmes suivies à la consultation ; il est de 14 parmi lesquels il y a 4 cas de femmes ayant fait des accidents graves sans albuminurie (Obs. 377, 950, 1.342 et 1.526).

Seules, 3 femmes firent dans le service des accidents graves alors qu'elles n'avaient pas présenté d'incidents pendant la grossesse (ni albuminurie, ni hypertension. Obs. 1.736, 1.920 et 1.988).

Enfin, la recherche de l'hypertension systématique a permis de déceler 3 cas de néphrite gravidique caractérisée.

Une d'elles était connue (Obs. 1055). Il s'agit d'une 14^e pare, qui depuis sa 7^e grossesse faisait des accidents éclamptiques avec lésions du fond d'œil, à chacune des grossesses successives, qui s'interrompait spontanément.

A partir de la 10^e grossesse, l'état fonctionnel du rein détermina M. le Dr LE LORIER à pratiquer des avortements thérapeutiques. Il a été pratiqué 5 avortements thérapeutiques (10^e, 11^e, 12^e 13^e et 14^e grossesses).

Les deux derniers avortements ont été réalisés pendant l'année 1933. Ils ont été pratiqués dès le 1^{er} mois de la grossesse, la femme avertie du danger des grossesses ultérieures arrivait à la consultation, au début de l'arrêt de ses règles. Le diagnostic étant confirmé par une réaction biologique. La question d'une stérilisation a été posée. Elle est encore en suspens, car la malade est actuellement sous l'observation de M. le prof. agr. PASTEUR-VALÉRY-RADOT.

B. — LES DIAGNOSTICS BIOLOGIQUES A LA CONSULTATION

Il a été pratiqué, en 1933, 122 réactions biologiques de la grossesse. Elles ont été faites pour la plupart dans le laboratoire de sérologie de la Maternité de Port-Royal (Dr WILLIAM LÉVY et M^{lle} GRIMALDI).

Sur ces réactions, 81 ont été faites après moins de

3 semaines de retard. 65 réactions ont été positives.

12 réactions biologiques ont été faites par M. le Dr HINGLAIS, chef de laboratoire à la Faculté que nous remercions de son obligeance. Il s'agissait de cas pour lesquels il a été utile d'avoir des données quantitatives.

Soit pour des cas de môle (3 cas).

Soit pour le diagnostic de rétention (6 cas).

Soit pour des femmes présentant des vomissements incoercibles.

II. — Consultation de prophylaxie anti-vénérienne

Elle fonctionne deux fois par semaine le mardi et le samedi matin. La consultation est dirigée par le Dr BOYER médecin-assistant à l'Infirmierie de Saint-Lazare, assisté lui-même par MM. les Drs POTELUNE, André LÉVY, et FUCHS.

Le nombre total de consultations données pendant l'année 1933 a été de 9.872, portant sur 1.682 femmes.

Résultats cliniques :

753 femmes ont été l'objet d'un traitement poursuivi régulièrement et ont été soumises à la surveillance du dispensaire pendant la durée de leur grossesse.

652 femmes accouchées dans le service ont été convoquées après leur sortie pour reprise du traitement.

Parmi les femmes traitées, 43 femmes ayant eu antérieurement des grossesses terminées par des accouchements d'enfants-morts ou des avortements, ont accouché d'enfants vivants.

25 femmes ayant une réaction sérologique positive au cours de la grossesse, ont accouché, à terme d'enfants vivants après un traitement anti-spécifique.

Par contre, 28 femmes traitées au cours de la grossesse (9 pour réaction sérologique positive, les autres en raison de leurs antécédents), ont accouché d'enfants qui n'ont pas vécu soit par avortement, soit par prématurité, soit par mort *in utero*.

Ces 28 cas constituent des échecs du traitement prophylactique ; mais encore 4 d'entre eux seulement peuvent être considérés indubitablement comme des échecs totaux du traitement anti-syphilitique.

Dans ces 4 cas, il s'agissait de femmes traitées avant le début de la grossesse, puis pendant toute la durée de la gestation, et dont le mari avait été soumis au traitement avant la procréation.

Dans les 24 autres cas d'accidents consécutifs à un traitement commencé avant le début de la grossesse, le procréateur n'avait pas été soumis au traitement de telle sorte que l'action thérapeutique n'avait été qu'unilatérale ; on ne peut aussi les considérer comme des échecs thérapeutiques mais, comme des exemples de l'insuffisance du traitement.

Les 4 observations d'échecs sont : Obs. 442, 978, 1.735 et 3.301.

Réactions sérologiques :

Les réactions sérologiques de Bordet-Wassermann et de Hecht-Bauer sont systématiquement pratiquées chez toutes les femmes se présentant à la consultation externe ou à la consultation personnelle de MM. les D^{rs} LE LORIER, DESNOYERS et MAYER.

Les réactions sont faites au laboratoire de la Maternité de Port-Royal sous la direction du D^r William LÉVY, chef du service de sérologie.

Le nombre de réactions sérologiques s'élève à 2.509 se répartissant de la façon suivante :

Nombre total de réactions.....	2.509
I. Résultats négatifs.....	2.390
II. Résultats positifs.....	120
dont : a) Positivité certaine	83
b) Positivité partielle.	27
c) Positivité dissociée.....	10

Le pourcentage de positivités s'élève à 4, 5 %, si l'on compte la totalité des résultats positifs et sub-positifs ; il est de 3,3 % si on ne tient compte que des réactions certainement positives.

Il est remarquable de constater que la positivité sérologique relevée au cours de l'année 1933, arrive au chiffre de 3 % qui est précisément celui auquel est arrivé M. le prof. COUVELAIRE au cours de ses recherches à la clinique Baudelocque (Thèse Sabine REKIS, Paris 1929).

Traitements effectués :

Le nombre des injections anti-syphilitique effectué chez les mères a été de : 8.531.

Le nombre d'injections chez les enfants a été de : 3.542.

III. — Consultation de gynécologie

Elle fonctionne le mardi soir et le vendredi matin. Le service est assuré par M. le D^r POULIOT et ses assistants M^{lle} le D^r PAU et M. le D^r DARDANE.

Le nombre de consultantes a été de 505, 2.256 consultations ont été données.

Un assez grand nombre de malades ne sont venues qu'une fois seulement. Dans un certain nombre de cas (37), il s'agissait de femmes qui se trouvant en état de gestation et venues pour confirmer ce diagnostic, ont été dirigées vers la consultation prénatale. Un autre groupe de malades (27) atteintes d'affections non gynécologiques (digestives ou rénales) venues consulter, ont été dirigées vers des services spécialisés.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'il y a des malades qui, par négligence ne reviennent pas pour suivre un traitement commencé.

1^o Affections non gynécologiques.

Grossesse	37 cas
Rétention d'œuf mort	2 »
Rétention des débris ovulaires.....	1 »

Fausse-couche.....	5 cas
Affections dirigées vers des services spécialisés	27 »
Grossesse et appendicite	1 »
Polype du méat urinaire.	1 »
Consultantes pour stérilité dirigées vers la consultation spéciale	5 »

2^o Affections gynécologiques.

Bartholinite.....	1 cas
Végétations vulvaires	3 »
Dyspareunie	1 »
Vaginites	16 »
Prurit vulbaire.....	2 »
Rétrécissement cicatriciel du vagin par gonococcie suraiguë	1 »
Infantilisme utérin	4 »
Métrites	169 »
Annexites	65 »
Rétrodéviatiou utérine.	30 »
Prolapsus génitaux.....	8 »
Adénome du col	1 »
Cancer du col.....	1 »
Polype du col	8 »
Fibrome.	10 »
Métrorragies	3 »
Fibrome et kyste	1 »
Ovarite scléro-kystique.....	1 »
Hydro-salpinx.....	1 »
Troubles de la ménopause	10 »
Troubles endocriniens variés.....	37 »

Les traitements effectués ont consisté en cautérisations par caustique de Filhos.

Et de la diatermie et de l'électro-coagulation : 368 cas traités.

IV. — Consultation des nourrissons

Elle fonctionne les lundi, mercredi et samedi après-midi.

La consultation est assurée deux fois par semaine par M. le D^r LAVERGNE, et une fois par semaine par M. le D^r MOUTET.

Nombre total de consultations.....	7.103
Enfants présentés à la consultation	1.800

Les nourrissons séjournant dans le service, qui présentaient des particularités pathologiques ont été suivis par M. le D^r DUCAS, assistant du professeur NOBÉCOURT.

V. — Consultation de la stérilité

Elle fonctionne sous la direction de M. le D^r BLOCH-WORMSER.

Le nombre de consultations données a été de 250.

Le nombre de femmes traitées est de 58, parmi lesquelles nous relevons 2 cas de succès certain.

Une observation relative à une femme opérée en 1932, par M. le prof. agr. LE LORIER, pour grossesse ectopique gauche. Au cours de l'opération, on constata que la trompe droite a été le siège d'une oblitération due à une agglutination du pavillon. Il fut procédé à une salpingo-plastie : ouverture longitu-

dinale de la portion distale de la trompe par le bistouri diathermique, les zones hémorragiques furent coagulées par le même appareil. Un cathétérisme de la trompe permit de reconnaître sa perméabilité jusqu'à l'ostium uterinum.

Dès le 3^e jour des suites opératoires, il fut procédé par M. le D^r BLOCH-WORMSER, à une insufflation utéro-tubaire. Le gaz passa dans les organes génitaux internes sous pression modérée. Deux nouvelles insufflations furent faites 8 et 15 jours après l'opération. Enfin un lipiodol fut pratiqué 2 mois et demi après l'opération ; il montra que la trompe droite gardait une longueur suffisante. Le passage du lipiodol dans le douglas se fit sans difficulté, témoignant de la parfaite perméabilité de la trompe.

La femme dont il s'agit souffrait d'une stérilité primitive de 10 ans au moment où elle fit sa grossesse ectopique. 5 mois après l'opération, à la suite des 3 menstruations normales, elle commença une grossesse qui se développa jusqu'au 8^e mois. Elle accoucha prématurément et spontanément à la Maternité d'un enfant pesant 2.450 grammes qui se développa régulièrement (Obs. 2.158).

La deuxième observation est relative à une primipare âgée (34 ans), sage-femme, qui en 1932 fit un avortement de 2 mois. Les réactions sérologiques sont négatives chez la femme et chez le procréateur.

L'utérus paraissant irrégulier, on pose le diagnostic de possibilité de fibrome, mais l'épaisseur de la paroi abdominale rend l'examen difficile. Un examen par

lipiodol est pratiqué par M. le D^r BLOCH-WORMSER. Il constate une cavité corporeale normale et une cavité cervicale déformée et obstruée par un fibrome cervical. Une 2^e injection de lipiodol est faite à titre thérapeutique, en décembre 1932 pour distendre artificiellement la cavité cervicale, et immédiatement après commence une grossesse qui se développe actuellement et qui est suivie à la consultation de M. le prof. agr. LE LORIER. En mai 1934, la grossesse se développe régulièrement (6 mois, enfant vivant, pas de menace d'expulsion).

En face de ces deux succès, il faut noter trois cas d'échecs d'opérations plastiques portant sur les trompes pour stérilité.

Il faut pratiqué des plasties sur les trompes suivies d'insufflation utéro-tubaire, mais dans deux cas le gaz ne put pénétrer dans les organes génitaux internes (Obs. 35, 55).

Dans le troisième cas, la femme, opérée d'abord pour grossesse ectopique fit 5 mois après, malgré les insufflations d'air et de lipiodol, une 2^e grossesse extra-tutérine qui nécessita l'ablation de la 2^e trompe (Obs. 8).

DEUXIEME PARTIE

LE SERVICE D'ACCOUCHEMENT

Hospitalisation

(Statistique de 12 mois)

Si on veut comparer le fonctionnement du service de l'année 1933 avec celui de l'année 1932, on peut utiliser comme document la statistique publiée dans la *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, fascicule de mai 1933. Mais, il faut tenir compte que cette statistique porte sur 15 mois. Elle a été faite sur les cas suivis dans le service depuis la prise en possession par M. le prof. agr. LE LORIER (octobre 1931). On ne sera donc pas étonné que les chiffres de l'année 1933 soient moins élevés que ceux de l'année 1932.

Total des femmes hospitalisées	4.750
Total d'accouchements.	3.996
Total d'accouchements effectués chez les sage-femmes agréées	957
Total d'avortements	146

dont	a) moins de 4 mois.	91
	b) entre 4 et 6 mois.	52
	c) thérapeutiques	3
	Accouchements multiples.....	52
dont :	a) gemelaires univitellines.....	14
	b) » bivitellines	38
	Applications de forceps.....	318
	Versions par manœuvres internes	9
	Versions par manœuvres externes (au début du travail)	4
	Basiotripsies	3
	Embryotomies	1
	Hystérotomies.....	69
dont :	a) césariennes vaginales.....	2
	b) » basses	49
	c) » corporéales	8
	d) » corporéales avec hystérectomie	10
	Symphiotomies	3
	Pubiotomies	3
	Mortalité maternelle totale	21
	Mortalité maternelle par infection puerpurale	10
dont :	a) chez des femmes accouchées et délivrées en dehors du service ...	4
	b) chez des femmes accouchées en dehors du service et délivrées dans le service.	1
	c) chez des femmes avortées en dehors du service et entrées après	1

Il reste 4 femmes mortes d'infection puerpérale à la suite de l'accouchement, suivies de façon constante dans le service.

Si nous voulons exprimer la mortalité en pourcentage nous trouvons :

MORTALITÉ GÉNÉRALE :

4/1.000, 21 morts sur 4.950 accouchements (en y incorporant les accouchements faits par les sages-femmes agréées).

MORTALITÉ PAR INFECTION PUERPÉRALE :

10 /4.950 si on prend la totalité des morts par infection puerpérale ; elle se réduit à 4 /4.950, si on ne tient compte que des infections puerpérales survenues chez des femmes dont la responsabilité incombe totalement au service (sur ces 4 cas, un est consécutif à un accouchement chez une sage-femme agréée).

La mortalité par infection puerpérale s'élève donc à 0,8 /1.000.

Il n'est pas inutile de rappeler quelle avait été la mortalité par infection puerpérale dans l'année précédente à la Maternité de Port-Royal pendant les 15 mois, d'octobre 1931 à décembre 1932, à partir desquels M. le prof. agr. LE LORIER prit la direction du service de la Maternité.

La mortalité totale avait été de 7 /1.000 (36 cas sur 5.340 accouchements).

La mortalité par infection puerpérale contractée dans le service avait été de 1,2 /1.000 (6 cas).

Pour donner une idée relative du taux de mortalité de l'année 1933 ; comme nous n'avons pas pu reconstituer les statistiques antérieures à l'année 1932 à la

Maternité de Port-Royal, nous pouvons cependant trouver un terme de comparaison dans les statistiques de la Maternité de l'hôpital Boucicaut, dirigée par M. le prof. agr. LE LORIER avant son arrivée à la Maternité de Port-Royal.

Depuis l'année 1924, la mortalité par infection puerpérale s'élevait aux chiffres suivants :

Année 1924	0,4/1.000
» 1925.....	1,4/1.000
» 1926.....	2,0/1.000
» 1927.....	2,1/1.000
» 1928.....	,03/1.000
» 1929.....	
» 1930.....	1,5/1.000
» 1931.....	0,7/1.000
» 1932.....	1,2/1.000
» 1933.....	0,8/1.000

CHAPITRE PREMIER

PATHOLOGIE DE LA GESTATION

Albuminurie

A. — *Albuminurie légère* : 183 cas, sur lesquels 121 comportaient une tension artérielle dont la maxima mesurée par la méthode palpatoire, était supérieure à 13.

B. — *Hypertensions isolées sans albumine* : 28 cas hospitalisés pour tension artérielle supérieure à 14 avec albumine minime ou traces, alors que l'hypertension persistait. Sur ces 28 cas on note 3 accouchements prématurés avec infarctus placentaire (Obs. 939, 1.738, 2.409), et l'accouchement d'un enfant dit « enfant araignée » (Obs. 2.806). Accouchement à terme d'un enfant pesant 1.350 grammes mesurant 45 centimètres.

C. — *Albuminurie grave* : 2 albuminuries avec signes de néphrite (Obs. 403, 1.055). Cette dernière observation est celle d'une femme qui, au cours de l'année, a subi 2 avortements thérapeutiques. Cette même femme avait été hospitalisée dans le service au cours de l'année 1931, son cas avait été relaté.

dans le fascicule sur le fonctionnement de la Maternité et est exposé ici même dans le chapitre relatif à la consultation pré-natale.

OBS. 403. — 2^e pare de 26 ans qui, à la suite de la première grossesse, a présenté une albuminurie au 2^e mois. Cette albuminurie a persisté après un avortement spontané survenu le 5^e mois. L'albuminurie a persisté variant entre 2 et 5 grammes sans hypertension. La malade avait une constante d'Ambard élevée 0,98. Nouvelle grossesse hospitalisée en février 1932, grossesse de 6 semaines, albuminurie de 4 grammes, azotémie 0,39, K = 0,115. Pas d'hypertension. Examen du fond d'œil : (Dr BOLLAK). Pas de lésion de fond d'œil, tension de l'artère rétinienne : 80 (correspondant à une tension artérielle de 13). La femme est soumise à un régime hydrique puis hydro-végétarien sévère. L'albumine persiste malgré 1 mois de ce régime. Une nouvelle constante donne un résultat approximativement analogue : 0,126. L'examen du fond d'œil est toujours négatif. L'état général est médiocre. On décide de faire un avortement thérapeutique après dilatation aux lamineaires. Au début du curettage la femme fait une syncope blanche, mais put être ranimée après quelques instants par des mouvements respiratoires. L'évacuation est poursuivie sans anesthésie. Bonnes suites opératoires, le 5^e jour après l'évacuation, albuminurie 0,20, azotémie, 0,32.

Avortement

146 OBSERVATIONS

Obs. : 626 *bis*, 719 *bis*, 728, 786, 805 *bis*, 816 *bis*, 970, 977 *bis*, 1.032 *bis*, 1.090, 1.161 *bis*, 1.184 *bis*, 1.200,

1.200 *bis*, 1.205, 1.225 *bis*, 1.240 *bis*, 1.255 *bis*, 1258, 1297, 1.309 *bis*, 1.442, 1.550, 1.601, 1.711, 1.717, 1.739 *bis*, 1.740 *bis*, 1.786, 1.863, 1.875, 1.875 *bis*, 1916, 1.995 *bis*, 2.005 *bis*, 2.040 *bis*, 2.041 *bis*, 2.042 *bis*, 2.111 *bis*, 1.112 *bis*, 2.113 *bis*, 2.136, 2.297 *bis*, 2.430, 2.430 *bis*, 2.521, 2.529, 2.551 *bis*, 2.592, 4.138.

Observations relatives à des avortements entre 4 mois et 6 mois.

Parmi ces cas, 28 sont survenus chez des femmes suivies antérieurement à la consultation, et dont 13 ont été soumises à un traitement anti-spécifique. 4 seulement ont eu une réaction sérologique positive.

7 avortements ont été attribués à des lésions gynécologiques (3 fibromes, 2 malformations utérines, 2 kystes).

3 avortements survenus à la suite des grossesses dans des utérus gravides rétroversés et rétrofléchis.

Thérapeutique :

43 fois curage digital pour rétention placentaire ou des débris placentaires.

11 curetages sur lesquels 3 seulement n'ont pu être terminés par une révision digitale de la cavité utérine.

Résultats : Décès 1 cas (Obs. 31 *bis*).

Il s'agit d'un avortement de 4 mois 1/2 survenu en ville. Femme hospitalisée 48 heures après, en état de rétention placentaire complète avec tempé-

rature et frissons, mauvais état général. Utérus gros et douloureux, abdomen souple, col perméable. Un curage digital ramène des débris sphacéliques et putrides. Reprise des frissons après le curage. Hémoculture positive. Diagnostic : Infection puerpérale. Traitement par sérum anti-streptococcique de VINCENT intra-veineux. Pas d'abcès de fixation. Mort le 3^e jour en hyperthermie avec pouls incomptable.

Accidents infectieux post-abortum, 38 cas.

Réactions annexielles, 24 cas.

Cellulites pelviennes, 4 cas dont un avec abcès du Douglas traité par colpotomie.

Eclampsie

41 OBSERVATIONS

OBS. 3.201, éclampsie survenue chez une femme suivie à la consultation pré-natale pour albuminurie et hypertension. La crise a éclaté au 7^e mois de la grossesse, malgré un traitement hydro-lacté. Accouchement spontané après 3 crises convulsives. Traitement : morphine et sirop de chloral intraveineux.

A rapprocher de cette observation, l'observation 3.226 : 4^e pare qui a présenté au cours d'une grossesse antérieure deux crises d'éclampsie : pas d'albumine au cours de la grossesse qui est suivie à la consultation pré-natale. Mais albuminurie (1 gr.), et hypertension (18-15, au cours du travail. Accou-

chement normal, délivrance artificielle, suites normales.

OBS. 1.736, 7^e pare de 33 ans, amenée en crise d'éclampsie T. A : 21-17, saignée de 500 cm³, T. A. 18-10, chloral intra-veineux, lavement évacuateur. Grossesse de 8 mois avec enfant vivant, cessation brusque des bruits du cœur. Au toucher vaginal, dilatation grande paume, petite tête engagée. Extraction au forceps, enfant présentant une syncope, forme blanche, ne peut être ranimé. Immédiatement après l'accouchement énorme hémorragie de la délivrance (2.000 cm³ de sang recueilli). Le placenta est expulsé en même temps. Compression de l'aorte. Révision utérine : utérus se contracte bien sous la main : sérum de Normet (1 litre) 440 grammes de sang pur (transfusion faite à l'appareil de Tzank).

OBS. 2.532, 1^e pare de 18 ans, hypertension de la grossesse sans albuminurie (15-7). Accouchement spontané d'un enfant vivant pesant 2.950 grammes. Le placenta présente une dépression en cupule. 6 heures après l'accouchement, au milieu d'un état général parfaitement satisfaisant, une crise d'éclampsie ; on a noté que pendant la période intermédiaire la tension artérielle est restée au maximum de 14,5. Traitement par saignée et chloral intra-veineux. Pas de nouvelles crises, mais albuminurie massive disparue seulement le 12^e jour des suites de couches.

3 pré-éclampsies (Obs. 1.374, 1.820, 2.342).

Décès 2 cas.

L'un d'eux attribué à un hématome rétro-placentaire est rapporté ultérieurement.

L'autre (Obs. 2.614), ne peut être également rapporté à l'albuminurie elle-même : mais est survenu

chez une femme ayant présenté de l'éclampsie du travail à la suite d'albuminurie et d'hypertension de la grossesse. Obnubilation visuelle, tension artérielle 17-10, barre épigastrique, petites secousses cloniques de la face sans perte de connaissance.

Accouchement procédé DELMAS, dilatation extemporanée. Après injection intra-rachidienne de 0,10 de scurocaïne, dilatation facile, version suivie d'extraction d'un enfant de 2,320 grammes : enfant cyanosé ayant pu être ranimé. La femme est apyrétique pendant 8 jours malgré l'état inflammatoire et sphacélique du périnée qui avait été l'objet d'une épisiotomie bilatérale faite en tissu oedématié. Le 10^e jour, température, état septicémique avec hémoculture négative, aucune localisation pendant 10 jours utérus involué, rien d'annexiel).

Le 21^e jour, constatation d'un foyer pleuro-pulmonaire. Le 26^e jour, vomique. Mort le 34^e jour, avec diagnostic d'abcès du poumon.

L'origine embolique n'a pu en être trouvée parce que la recherche soigneuse des signes de thrombose a été constamment négative.

Môle hydatiforme

3 OBSERVATIONS

Obs. 1.832 bis. Il s'agit d'un môle embryonné chez une femme qui se trouvait dans le 7^e mois de sa grossesse.

A son entrée dans le service, l'examen donnait les rensei-

gnements suivants : bruits du cœur bons, H. U. : 39. Accouchement normal d'un enfant vivant pesant 780 grammes qui respire à la naissance, mais qui meurt 6 heures après. Pas d'hémorragies pendant la grossesse.

OBS. 1.610 *bis*. — La femme entre dans le service après avoir expulsé un môle à domicile. Le curage pratiqué dans le service donne comme résultats quelques vésicules.

OBS. 2.377 *bis*. — La femme a présenté pendant sa grossesse à 2 mois 1/2 des hémorragies qui l'ont obligée à entrer dans le service. A l'examen pas de signes toxiques, pas de kyste lutéinique. Expulsion d'un môle qui est suivie d'une grosse hémorragie nécessitant une transfusion. Suites fébriles.

Œdème

148 observations d'œdème sans albuminurie, dont :
107 cas avec d'hypertension modérée (maxima supérieure à 13).

11 cas d'œdème chez des femmes obèses et présentant des troubles endocriniens, et des troubles de la menstruation avant le début de la grossesse.

11 cas d'œdème vulvaire, dont 4 attribués à des lésions inflammatoires et 7 dont l'origine n'a pu être expliquée.

Pyélonéphrite

138 OBSERVATIONS

En tenant compte que des femmes présentaient des troubles fonctionnels urinaires accompagnés d'une

infection des urines confirmée bactériologiquement.

Nous mettons à part 27 observations de femmes ayant présenté des troubles urinaires fonctionnels sans présence de microbes dans les urines. 5 fois on a constaté dans de pareils cas l'existence du syndrome « cristallurique » décrit par MM. LE LORIER et FISCH.

Sur les 138 cas de pyélonéphrite bactériologiquement confirmés,

129 fois la présence de colibacille a été certaine ;

2 fois il s'agissait d'entérocoque ;

1 fois de microbes à morphologie rappelant celle du *proteús* ;

2 fois de staphylocoque.

Enfin 4 fois la pyurie amicrobienne à l'examen direct a relevé la présence de bacilles de Koch (Obs. 1.072 *bis*). Cette femme a été dirigée vers le service d'urologie du Professeur MARION en vue d'une décision opératoire. Elle ne s'y est pas présentée et nous n'avons pu avoir de cette tuberculose des voies urinaires au cours de la gestation, aucun renseignement.

Parmi les 129 cas de pyélonéphrite colibacillaire, 67 cas ont été accompagnés de fièvre dont 24 ont dépassé 39°. Pour 12 d'entre eux, un syndrome de rétention pyélique caractérisée pût être observé. Ces rétentions ont été toutes traitées médicalement par enveloppements humides du tronc, urotropine ou collargol et vaccin anti-colibacillaire de Fisch. Dans 12 cas qui n'avaient pas cédé à ce traitement simple,

on a procédé à des distensions vésicales répétées 3 fois dans la journée. Dans 2 cas seulement, l'ensemble du traitement a été négatif et il a été nécessaire de faire un drainage des voies urinaires par sondage urétéral (Obs. 1.781, 2.853). Enfin un cas seulement s'est présenté comme pyélonéphrite grave à forme toxique.

OBS. 1.471. — 2^e pare de 29 ans ayant fait une pyélonéphrite au cours de la 1^{re} grossesse avec accidents de rétention au cours du 7^e mois. Au cours de la grossesse actuelle, accidents douloureux et fébriles depuis le 4^e mois. Traitement médical fait en ville sans résultat. L'état d'infection et de rétention se prolongeant pendant 3 mois. Amenée à la Maternité au 7^e mois, on fait les constatations suivantes : température : 39°4, aspect cachectique, langue rôtie, subicter, région lombaire droite douloureuse mais non tendue. D'après l'histoire reconstitué, il semble que les phénomènes de rétention qui avaient été très nets aux semaines précédentes ont fait place à une période d'oligurie. Les urines recueillies sont rares (200 gr.), foncées, riches en collibacilles, mais très faiblement purulentes. La femme avait été hospitalisée à l'hôpital Cochin dans le service d'urologie qui l'a envoyée à la Maternité pour évacuation de l'utérus.

Accouchement prématuré, provoqué par lami-naires et ballon de Champetier ; l'accouchement se produit 17 heures après le début des premières manœuvres. Malgré l'évacuation, l'état général ne s'améliore pas ; température élevée entre 38°5 et 40° ; azotémie, 2 gr. 23. Malgré cette azotémie, la température reste élevée, syndrome urémique avec respiration de Cheyne-Stokes et myosis. La tem-

pérature ne baisse qu'au 9^e jour, où elle descend au-dessous de 38°5, l'azotémie est alors de 2 gr. 90. Mort le 12^e jour de suites de couches en coma.

Rétention fœtale

61 OBSERVATIONS

Nous relevons dans les cas de rétention fœtale, 17 cas avant 4 mois.

11 cas au-delà de 8 mois. Dans 24 cas, il y avait constatation clinique de syphilis. 7 fois des réactions sérologiques ont été positives. On a constaté 16 fois des albuminuries. Dans 4 cas, on se trouvait en présence d'un hématome rétro-placentaire. Enfin, la rétention fœtale a été provoquée dans 2 cas par le diabète sucré.

Tuberculose

18 OBSERVATIONS

Nous avons constaté dans ces 18 cas, 11 fois la présence de pneumothorax. Dans 4 cas, le pneumothorax a été entretenu (1 pneumothorax bilatéral).

La recherche de bacilles de Koch a été positive dans 16 cas.

Résultats : 1 décès (Obs. 2,326). Il s'agit d'une femme chez laquelle la tuberculose a été constatée dans le service, elle a été envoyée à l'hôpital Cochin où le décès s'est produit.

34 enfants sont nés à terme. 12 fois, il y a eu avortement.

Parmi ces 34 enfants viables de poids égal ou supérieur à 2.500 grammes, nous avons fait les constatations suivantes : 6 fois le décès s'est produit dans le service, dont 2 fois avant le 3^e jour, 1 fois à la naissance, 2 fois avant 12 jours et 1 fois le 24^e jour.

Vomissement

31 OBSERVATIONS

18 avec état général peu alarmant, pas de subictère, pas de signes de dénutrition, réaction de GERHARDT négative ; coefficient de MAILLARD (quotient d'imperfection uréo-génique) pratiqué dans 6 cas, résultats variant entre 7 et 8,9.

Traitement par isolement et méthode de LEVEN.

2 cas ont eu un avortement qui s'est effectué dans le service.

L'un (1.184 *bis*) au cours du traitement, l'autre (Obs. 2.551 *bis*) 15 jours après la sortie et la guérison.

Cas graves :

A. 1 cas avec lésion organique de l'estomac (Obs. 1.707). La femme adressée pour vomissements incoercibles, a eu deux hématémèses au cours de la grossesse. Traitement par pansement bismuthique. Accouchement spontané, pas de troubles du post-partum.

B. Vomissements avec lésions hépato-vésiculaires :
3 cas.

Obs. 1.250. — Femme obèse présentant un syndrome de vomissements avec douleurs dans la région sous-hépatique. Après 8 jours de séjour dans le service, apparition d'un subicter qui se confirme. Evolution d'une angiocholite catarrhale traitée à l'hôpital Cochin. La femme est ramenée après la guérison et accouche spontanément d'un enfant vivant.

Obs. 2.837 *bis.* — Vomissements de la grossesse avec subicter réaction de GERHARDT négative. Points vésiculaires douloureux très nets.

Obs. 1.765 *bis.* — Vomissements chez une cholémique familiale, guérison par changement de traitement.

C. 2 sialorrhées avec état général grave, réaction de GERHARDT positive. Guérison par traitement de LEVEN avec addition de Génatropine.

D. 8 vomissements incoercibles, allure grave, réaction de GERHARDT positive, coefficient de MAILLARD.

Traitement : 7 fois traitement de LEVEN simple, 1 fois avortement thérapeutique (Obs. 1.208).

CHAPITRE II

ACCOUCHEMENTS

Présentations anormales

A. — *Présentation du siège*

137 OBSERVATIONS

Parmi ces 137 cas, nous avons observé 63 cas de siège complet et 4 cas de siège mode des pieds ; il s'agit des observations : 1.017, 1.395, 2.020, 3.677.

Sur 47 primipares, on a pratiqué 28 fois une épisiotomie unilatérale et 12 fois une épisiotomie bilatérale. Sur ces 47 accouchements, 7 enfants sont décédés, parmi lesquels, un présentait des malformations congénitales (Obs. 2.140) et deux étaient d'un poids inférieur à 2.000 grammes (Obs. 1.463, 1.849).

Dans trois cas de siège, l'utérus présentait un fibrome. (Obs. 1.261, 2.079, 2.529). Dans 5 cas, il fut procédé à de grandes extractions, dont 2 cas précédés d'un abaissement du pied destiné à compléter la dilatation du col (Obs. 1.794, 2.187), 3 cas de

siège ont été suivis d'hémorragies nécessitant une transfusion (Obs. 2.098, 2.132, 2.614). Un cas de siège dans un utérus malformé (Obs. 3.023).

Résultats factaux. — 27 décès parmi lesquels 13 enfants prématurés, comportant 2 hydrocéphalies (Obs. 1.420, 1.708), 34 enfants vivants prématurés : 4 d'entre eux moururent avant le 4^e jour avec un syndrome de lésion cérébro-méningée 2 ayant présenté une hémorragie méningée reconnue par une ponction lombaire : Obs. 1.436, 1.967. Enfin, un accouchement par le siège d'une grossesse gémellaire, dont les deux enfants moururent le 1^{er} jour (Obs. 1.740 *bis*).

Présentation du front

4 OBSERVATIONS

Obs. 1.927. — Accouchement spontané, grossesse de 7 mois et demi.

Obs. 3.330. — Application de forceps sur enfant mort au cours du travail. On n'a pas pratiqué une cranioclasie, en raison de l'imprécision régnant sur les bruits du cœur. Tête profondément engagée avec bosse séro-sanguine importante. Après l'extraction on remarque que l'enfant présentait deux circulaires serrées autour du cou, dont une avec nœud de striction.

Obs. 3.390. — Présentation du front, accouchement spontané, 75 heures après la rupture des membranes d'un enfant pesant 2.360 grammes.

OBS. 3.490. — Présentation du front, pubiotomie, extraction d'un enfant vivant.

Présentation de la face

7 OBSERVATIONS

OBS. 1.139. — Application de forceps pour lenteur du travail et ascension thermique. Extraction d'un enfant vivant, pesant 3.200 grammes. Déchirure du périnée intéressant le sphincter.

Présentation de l'épaule

43 OBSERVATIONS

OBS. 1.626. — III^e pare de 32 ans, présentant un utérus bicornu avec le pôle céphalique dans la corne gauche et le pôle pelvien dans la corne droite, présentation irréductible. On pratique une césarienne basse 1 heure après la rupture des membranes et on extrait un enfant vivant, pesant 2.350 grammes.

OBS. 2.180. — IV^e pare de 40 ans arrive dans le service avec une présentation de l'épaule en AIGA, une main sortant par la vulve. Version par manœuvres internes 3 heures après la rupture des membranes, version difficile en raison de la rétraction utérine et de l'absence de liquide. Extraction d'un enfant mort.

OBS. 3.301. — Primipare de 23 ans, arrive dans le service avec une présentation transversale. Au palper : rien dans le segment inférieur, au toucher dilatation grande paume, pas de pôle sensible. En raison du faible volume

du fœtus on décide de pratiquer une version par manœuvres internes, qui permet d'extraire un enfant pesant 2.580 grammes.

Obs. 2.614. — Présentation de l'épaule, s'accompagnant d'une procidence du cordon, traitée par version (grossesse gemellaire, extraction immédiate du premier enfant, 2^e enfant en présentation du siège. On n'a pas noté d'incident, les suites opératoires ont été satisfaisantes.

Gestations multiples

52 OBSERVATIONS

A. — Grossesses gemellaires bivitellines : 38 cas.

Obs. : 237, 584, 750, 866, 1.073, 1.103, 1.225, 1.288, 1.325, 1.399, 1.482, 1.488, 1.490, 1.606, 1.608, 1.628, 1.708, 1.733, 1.780, 1.834, 1.881, 2.149, 2.424, 2.490, 2.550, 3.639.

B. — Grossesses gemellaires univitellines : 14 cas.

Obs. : 809, 911, 1.169, 1.242, 1.277, 1.312, 1.348, 1.742, 2.169, 2.432, 777, 1.037.

C. — Grossesses gemellaires ayant fait des accouchements spontanés à moins de 8 mois. Les fœtus présentant l'un et l'autre un poids inférieur à 2.000 grammes.

Obs. : 1.319, 1.360, 1.742, 1.745, 2.069, 2.432, 2.583, 2.797.

Particularités de certaines grossesses gemellaires: 7 grossesses gemellaires ont été accompagnées d'hémorragies dont le traitement a été le suivant :

2 ont été traitées par transfusion (Obs. 584, 750, 1.073) et 4 ont été traitées par sérum de Normet (Obs. 1.711, 1.742, 2.169, 2.432).

Une grossesse gemellaire s'est accompagnée d'une procidence du cordon (Obs. 1.780).

Enfin dans un cas on a pratiqué un accouchement par le procédé de Delmas (Obs. 2.614).

CHAPITRE III

COMPLICATIONS DE LA PARTURITION

Procidences

Procidence du cordon

14 OBSERVATIONS

Obs. : 398, 1.170, 1.261, 1.294, 1.318, 1.320, 2.020, 2.030, 2.034, 2.132, 2.290, 2.322, 2.699, 2.790.

Modes de traitement : Deux procidences ont été traitées par césarienne basse (Obs. : 2.030 et 2.034 déjà citées).

Deux procidences ont fait l'objet d'une réposition intra-utérine du cordon (Obs. 1.318 et 2.322).

Trois fois, la procidence du cordon était accompagnée d'une présentation du siège (Obs. 398, 2.020, 2.132). Dans ces 3 observations, l'opération se termina par une extraction avec enfant vivant.

Enfin, 2 cas avec mort de l'enfant se terminèrent par une basiotripsie. Il s'agit des observations : 2.290 et 2.790.

OBS. 2.290. — Enfant décédé au cours du travail suivi dans le service. Basiotripsie à dilatation petite paume sans incision du col. Extraction d'un enfant pesant 3.680 grammes sans matière cérébrale.

OBS. 2.790. — IV^e pare de 37 ans, procidence survenue dans le service. Basiotripsie à dilatation petite paume, extraction d'un enfant pesant 3.600 grammes sans matière cérébrale. Au cours de l'intervention, déchirure du vagin. Injection de sérum de Vincent. Départ le 11^e jour sans température.

Procidence des membres

2 OBSERVATIONS

OBS. 2.034. — Procidence du membre supérieur et du cordon, traitée par césarienne basse, Obs. déjà citée.

OBS. 242. — Procidence du membre supérieur sans procidence du cordon, Accouchement spontané, la main apparaît à la vue en même temps que le sommet : elle est refoulée on fait une épisiotomie latérale droite.

Viciation pelvienne

Bassins rachitiques

115 OBSERVATIONS

Dans 42 cas de bassin rachitique, le diamètre a été inférieur à 10,5.

Dans 73 cas de bassin rétréci rachitique, le diamètre antéro-postérieur varia de 10,5 à 11,2.

Le total de 115 cas est de l'ordre de 3^o/_o. Cette proportion est considérable, car nous comptons dans ces 115 cas, ceux dont la viciation pelvienne a été reconnue au cours de l'accouchement et a donné lieu à des incidents.

Le traitement a consisté en traitement chirurgical et obstétrical.

I. — *Traitement chirurgical* :

A. — Césariennes, 43 cas.

Itératives, 11 cas.

Basses, 39 cas.

Corpéréales, 3 cas.

2 césariennes itératives après la 3^e fois, ont été suivies d'hystérectomie.

B. — Pelvitomies, 6 cas, dont :

Symphysiotomies, 3 cas.

Pubiotomies, 3 cas.

II. — *Traitement obstétrical* :

77 épreuves du travail ont été positives et terminées par 41 accouchements spontanés et 36 applications de forceps.

Il faut ajouter deux cas de bassin rachitique avec accouchement par le siège, l'un d'eux a été l'objet d'une mise en place préventive d'une scie de Gigli (Obs. : 1.055), destinée à pratiquer une pelvitomie au cas où celle-ci aurait été nécessaire. L'extraction

de la tête dernière s'est faite sans difficulté (enfant vivant).

OBS. 1.673. — Accouchement par le siège avec bassin rétréci de 10,7 mais hydrocéphalie reconnue radiologiquement. Ouverture de l'espace sous-arachnoïdien par le procédé de VAN HEUVEL. Expulsion spontanée d'un enfant pesant 2.350 grammes.

Résultats fœtaux : 96 enfants vivants, 9 enfants morts au cours du travail ou immédiatement après, 6 enfants décédés avant le 10^e jour.

Mal de Pott

6 OBSERVATIONS

OBS. 26, 332, 448, 1.058, 1.444, 1.536.

OBS. 448. — Primipare ayant subi une opération d'Albi pour mal de Pott ayant commencé à 4 ans, plâtrée jusqu'à 7 ans. Reprise des douleurs et augmentation de la cyphose à 17 ans. Greffe d'Albi suivie d'une consolidation très satisfaisante. Pas de rachitisme surajouté. Accouchement spontané d'un enfant pesant 2.960 grammes.

OBS. 1.444. — Troisième pare cypho-scoliotique avec rachitisme surajouté. Taille : 1 m. 32, espaces ilio-costaux : 3 et 2 centimètres.

1^{re} grossesse terminée par un avortement.

2^e grossesse terminée par une césarienne au 7^e mois pour bassin impraticable.

3^e grossesse actuelle. Dyspnée à partir du 2^e mois. La grossesse évolue jusqu'à 6 mois. L'utérus est déjà en antéversion, extériorisé et a l'aspect de l'utérus « pendulum ». Césarienne corporéale itérative avec section des trompes.

OBS. 1.536. — Primipare avec mal de Pott lombo-sacré, bassin en entonnoir, diamètre bipariétal de 9 centimètres. Accouchement à 8 mois 1/2 d'un enfant pesant 2.900 grammes. Dégagement en oblique par application du forceps sur le périnée.

Luxations congénitales

11 OBSERVATIONS

4 cas ont donné lieu à des troubles pendant la grossesse (Obs. : 1.236, 1.378, 1.511, 2.942).

OBS. 1.236. — Luxation congénitale avec rachitisme surajouté. Engagement à la partie haute de l'excavation et lenteur de la progression. Extraction par forceps.

OBS. 1.511. — Version par manœuvres interne 1 heure après la rupture spontanée des membranes, la femme est en dilatation complète.

7 cas n'ont donné lieu à aucune difficulté.

Coxalgies

9 OBSERVATIONS

OBS. 372. — Coxalgie avec bassin rachitique, diamètre promonto-pubien 10,4. Epreuve du travail positive. Application de forceps en D. P., extraction d'un enfant vivant pesant 3.100 grammes.

OBS. 498. — Coxalgie fistulisée avec abcès dans la fesse et dans le pli inguino-crural. Accouchement spontané d'un enfant pesant 2.440 grammes.

Placenta praevia

23 OBSERVATIONS

8 observations se terminèrent par une intervention chirurgicale, dont :

a) 5 césariennes basses (Obs. : 1.537, 2.736, 2.784, 3.454 et 3.483).

OBS. 3.453. — L'opération fut effectuée malgré la mort du fœtus, en raison des hémorragies répétées qui avaient suivi la rupture des membranes et la dilatation peu avancée.

Les 5 césariennes basses se terminèrent par guérison.

b) 3 hystérectomies (Obs. : 417, 2.755, 2.907). Sur ces 3 cas, 2 se terminèrent par la mort de la femme.

Obs. 2.755. — Femme ayant saigné pendant les 4 derniers mois de sa grossesse. Grosses hémorragies au début du travail, reprise de l'hémorragie pendant 24 heures. La femme n'est opérée que 24 heures après le début du travail, elle se trouve alors dans un état général très précaire avec signes d'anémie suraiguë. Placenta recouvrant, opération sous anesthésie générale, extraction d'un enfant vivant. La femme meurt au cours de l'intervention par choc.

Obs. 2.907. — Femme à terme ayant saigné pendant sa grossesse. Grosse hémorragie dès le début du travail. Amenée à la Maternité en état agonique, placenta central, grosse hémorragie, dilatation à 1 fr., température 40,7. Intervention d'extrême urgence. La femme meurt au moment de l'intervention.

9 observations nécessitèrent une intervention par voie basse.

7 ruptures artificielles des membranes pour insertions marginales suivies de succès (Obs. : 837, 1.313, 1.417, 1.696, 1.920, 2.763 et 3.499).

2 applications de ballon (Obs. : 1.363, 2.280).

Obs. 1.363. — Grossesse avant terme, à 7 mois. Hémorragie abondante au début du travail, sans hémorragies antérieures, bruits du cœur bons. L'hémorragie cesse après introduction du ballon. Le fœtus est expulsé vivant par la tête.

L'autre observation 2.280, concerne une grossesse de 6 mois 1/2. Après l'expulsion du ballon, abaissement d'un pied, expulsion d'un enfant mort : suites fébriles.

Hématome rétro-placentaire

9 OBSERVATIONS

OBS. 1.735. — Primipare albuminurique au 4^e mois de la grossesse mais sans rétention. Expulsion spontanée du fœtus et du placenta. (Placenta 250 grammes, enfant macéré 370 grammes) le placenta présente de nombreux infarctus.

OBS. 1.841. — Cinquième pare ayant eu de l'albuminurie depuis le 7^e mois de sa grossesse et des œdèmes des membres inférieurs. A l'entrée, pendant le travail, syndromes de tension permanente de l'utérus, sans hémorragie externe, bruits du cœur non perceptibles. Rupture artificielle des membranes accouchement rapide d'un enfant en état de mort apparente avec impossibilité de ranimation. Volumineux hématome rétro-placentaire d'origine récente. (Pas de cupule.)

OBS. 1.945. — Accouchement normal chez une cinquième pare sans troubles gravidiques. L'enfant né en état de mort apparente, ne peut être ranimé. Le placenta présente 2 larges cupules par hématomes. La seule anomalie consistait en un œdème de la paroi abdominale et des membres inférieurs.

OBS. 2.797. — Accouchement prématuré au 7^o mois chez une primipare sans hypertension mais avec albuminurie (1 gramme) 3 jours avant l'entrée, hémorragie abondante. Etat de rétention à son entrée (bruits du cœur négatifs, montée laiteuse). Au toucher vaginal insertion marginale perçue par une dilatation de 2 fr. Rupture artificielle des

membranes, accouchement spontané d'un enfant macéré de 1,220 grammes. Derrière le placenta pesant 340 grammes, un tissu de caillots pesant 360 grammes ayant déprimé le placenta en cupule.

Tumeurs

I. — Fibromes. 7 observations ayant fait l'objet d'une intervention au cours de la grossesse où dans les suites de couches.

2 myomectomies, 3 césariennes et 2 myomectomies dans les suites de couches.

II. — Kystes de l'ovaire. 3 observations de kystes enlevés au cours de la grossesse. 2 par voie médiane, 1 par voie latérale gauche (voie d'abord LE LORIER).

Dans tous les cas, évolution régulière de la grossesse.

III. — 1 tumeur praevia formée par le rein ectopique gauche en position pelvienne. Obs. citée ci-dessus.

Appendicite et grossesse

3 appendicites furent opérées au cours des 3 premiers mois de la grossesse.

Obs. 651 *bis*. — Opération au 2^e mois de la grossesse, accouchement en 1934 par forceps.

OBS. 1.207 *bis*. — Appendicite chronique avec poussée aiguë survenue au 5^e mois. Accouchement spontané (Obs. 2.945).

OBS. 1.248 *bis*. — Intervention au 3^e mois de la grossesse pour appendicite aiguë. Avortement spontané le 24^e jour des suites opératoires.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS DE LA DÉLIVRANCE

Rétention des fragments placentaires

Rétention des fragments placentaires

2 OBSERVATIONS

OBS. 3,544. — Concernant une primipare de 22 ans, présentant un accouchement et une délivrance normales, mais grosses hémorragies 1,500 grammes entre l'accouchement et la délivrance. Après la délivrance naturelle, la femme continue à saigner. L'examen du placenta permet de constater un vaisseau aberrant. Le revision utérine ramène des débris placentaires. L'hémorragie s'arrête ; suites satisfaisantes.

Hémorragie de la délivrance

170 OBSERVATIONS

90	hémorragies inférieures à 1,000 grammes.
59	» de 1,000 à 1,500 grammes.
21	» ayant dépassé 1,500 grammes.

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES

A. — *Manœuvres intra-utérines*

I. — 67 délivrances artificielles qui furent complétées dans 12 cas par des tamponnements intra-utérins, suivant la méthode de M. le professeur agrégé LÉVY-SOLAL.

2 cas de mort : Obs. 451 : délivrance artificielle pour hémorragie de 1.500 grammes suivie de tamponnement au filtrat. Mort le 13^e jour par infection puerpérale.

Obs. 3.219 : infection puerpérale avec manie aiguë à la suite de délivrance artificielle. Mort le 11^e jour à l'hôpital Cochin.

II. — 41 cas de révision utérine.

2 cas de mort.

OBS. 3.482. — Dans ce cas la mort est due non aux phénomènes hémorragiques, mais à l'apoplexie placentaire.

OBS. 1.169. — Revision après version, délivrance spontanée.

B. — *Traitement général*

I. — Transfusion sanguine : 47 cas de transfusion pour hémorragies de la délivrance (11 hémorragies dépassant 1.500 grammes, 7 hémorragies peu abondantes mais avec choc important) 1 cas de mort. (Obs. 1.168, décès par infection puerpérale, cas déjà cité.)

II. — Sérum de NORMET : 27 fois, dont 3 fois pour hémorragie dépassant 1.500 grammes et 4 fois complété par une transfusion immédiate, consécutive.

Résultats généraux des manœuvres intra-utérines :

Pas de mort par hémorragie, mais morbidité importante par infections (43 cas d'infections dépassant 38° et 2 cas de mort).

CHAPITRE V

INTERVENTIONS

Forceps

318 OBSERVATIONS

Dans 165 cas, le forceps fut appliqué pour souffrance fœtale.

Dans 14 cas, il s'agissait de cardiaques, auxquels on voulait éviter les efforts d'expulsion. Dans 13 cas des femmes tuberculeuses.

Dans 6 cas, l'application du forceps fut suivi de basiotripsie.

Dans 27 cas, il y avait hypertension et albuminurie.

53 fois, on constatait de l'hyperthermie au cours du travail, dépassant 38°.

Variétés d'application :

O. P.	132 fois
O. S.	12 »
O. I. G. A.	70 »
O. I. D. P.	41 »
O. I. G. T.	29 »
O. I. D. T.	15 »
Face	3 »
Front	2 »
Fallic	4

Suites immédiates : 3 déchirures allant jusqu'au fond du vagin. 2 thrombus.

5 cas de mort.

Obs. 1.328. — Mort par septicémie grippale.

Obs. 3.482. — Mort par apoplexie placentaire.

Obs. 3504. — Mort par embolie.

Obs. 424 et 1.984. — Morts par infection puerpérale suraiguë avec hémoculture positive au streptocoque, constituant la véritable mortalité opératoire qui est par conséquent lourde.

Suites éloignées : 77 suites fébriles dépassant 38°, 4 cellulites pelviennes.

80 déchirures périnéales ayant nécessité au moins 2 points de suture. 5 périnées complets, dont 2 pour lesquels la réparation immédiate a été suivie d'échec. Obs. 754, 1.004, 2.048, 2.050, 2.434, 2.699, 3.536.

Incision du col

17 OBSERVATIONS

Obs. 424, 735, 1.553, 1.736, 1.749, 1.845, 1.866, 1.949, 1.956, 2.032, 2.053, 2.180, 2.225, 2.500, 2.503, 2.531, 3.482.

2 cas de mort : 1 dû à l'apoplexie placentaire (Obs. 3.482) l'autre à l'infection puerpérale, cas déjà cité (Obs. 424).

Accouchement à la Delmas

2 OBSERVATIONS

OBS. 699. — Deuxième pare de 23 ans, à son entrée dans le service on constate un utérus dévié à droite avec tête mal fléchie fixée au détroit supérieur, pas de viviation pelvienne. La dilatation progresse très lentement, après l'épreuve du travail et 4 heures après la rupture spontanée des membranes on pratique l'accouchement par le procédé Delmas. Accouchement d'un enfant pesant 3.280 grammes en état de mort apparente ayant pu être ranimé après 1 heure de soins. La femme et l'enfant quittent le service au bout de 17 jours, dans un état satisfaisant.

OBS. 2.142. — Concernant une cinquième pare qui, à l'entrée dans le service présente un fœtus mobile, une présentation impossible à préciser. On constate la souffrance fœtale, et absences de contractions utérines. Etant donné la souplesse utérine et cervicale on se décide à pratiquer un accouchement par le procédé Delmas qui est très facilement exécuté.

Accouchement d'un enfant vivant pesant 3.800 grammes.

Basiotripsie

6 OBSERVATIONS

OBS. 1.083, 1.602, 1.673, 1.906, 2.290, 2.790.

Les observations 2.290 et 2.790 ont déjà été citées.

OBS. 1.602. — II^e pare, 1^{er} accouchement, enfant mort-né pesant 5.000 grammes, diabète avec acétonémie traitée du 5^e au 8^e mois de la grossesse. La femme quitte le service, néglige son traitement, revient après rupture des membranes avec dilatation 5 fr. et température 38°5. Mauvais état général, basiotripsie, suites favorables.

OBS. 1.906. — I^{re} pare, hydramnios, dilatation complète assourdissement des bruits du cœur, bassin normal, tête au-dessus du détroit supérieur. Tentative de version rapidement interrompue en raison de la disparition des bruits du cœur. Basiotripsie, enfant pesant 3520 grammes. Délivrance artificielle immédiate, suites fébriles pendant 7 jours.

OBS. 1.602. — II^e pare, 1^{er} enfant mort-né. B. W. partiellement positif. Etat à l'entrée; utérus contracturé, membranes rompues depuis 18 heures, température 38°7, bruits du cœur négatifs, tête non engagée, col œdédié, dilaté comme 5 fr. Basiotripsie, fœtus mort et nécrosé pesant 2.760 grammes. Suites normales.

Embryotomie

1 OBSERVATION

OBS. 1.397. — Présentation transversale, grossesse de 7 mois, enfant mort, rupture des membranes datant de 24 heures, fièvre. Embryotomie cervicale au ciseau de Dubois. Suites fébriles, départ le 32^e jour.

Version interne

9 OBSERVATIONS

Obs. 584, 1.169, 1.254, 1.348, 1.490, 1.627, 1.920, 2.280, 2.599.

3 versions faites pour non engagement de la tête à dilatation complète chez des multipares à bassin normal (Obs. 584 1.920, 2.599).

2 versions faites pour procidence (Obs. 1.490, 1.254).

2 versions faites pour placenta praevia. Obs. 2.280 : grossesse de 6 mois 1/2 version par manœuvres internes après pose d'un ballon, extraction différée.

OBS. 1.169. — Placenta-praevia recouvrant, grosse hémorragie (1.500 grammes) extraction d'un enfant mort pesant 1.750 grammes, transfusion et tamponnement après évacuation de l'utérus.

Décès de la femme par infection puerpérale après le 10^e jour.

Césariennes Vaginales

2 OPÉRATIONS

Dans l'Observation 944, il s'agit d'une maladie mitrale en décompensation chez une 8^e pare ayant

présenté des accidents de décompensation cardiaque aiguë au cours de la 5^e et de la 7^e gestations. La malade est envoyée en consultation au service du Dr LAUBRY à 6 mois 1/2 de la gestation. On pose le diagnostic de maladie mitrale, avec dilatation des cavités droites, stase pulmonaire et œdème des membres inférieurs. Le Dr LAUBRY conseille l'interruption immédiate de la grossesse, après un traitement toni-cardiaque. On se dispose à pratiquer un accouchement prématuré provoqué. Une première laminaire est mise en place, mais l'application est difficile en raison de l'état de la malade qui est dyspnéique et qui présente des crises de suffocation dès qu'elle passe de position assise en position couchée.

Quelques heures après la pose de la laminaire, se produit une crise d'œdème aigu du poumon avec tachyarythmie. Cette crise est traitée par saignée, ouabaïne et morphine. Une deuxième crise aussi alarmante se produit le lendemain matin au cours de son transport à la salle d'opération. Une nouvelle saignée avec ouabaïne pare aux accidents. Devant l'état alarmant de la femme, on se décide à faire une évacuation rapide de l'utérus par césarienne vaginale.

Au point de vue obstétrical, on se trouve en présence d'une grossesse âgée de 7 mois environ, H. U. 25, enfant vivant. La femme est placée sur la table d'opération assise, le dos soutenu par des oreillers (car à la moindre tentative de mise en position déclive, elle suffoque). L'opérateur (Dr MAYER) est donc obligé de se placer sur le sol. L'anesthésie

générale est impossible, on n'a même pas la ressource de pratiquer une anesthésie épidurale ; aussi adopte-t-on l'anesthésie régionale. On injecte dans les culs-de-sac vaginaux 100 cc. de novocaïne à 1 pour 200, on infiltre ainsi tout le pourtour du col en faisant passer l'aiguille au ras de la musculature cervicale et tangentiellement à elle au niveau de ses bords latéraux et antérieurs à travers des culs-de-sac du même nom.

L'anesthésie ainsi obtenue permet facilement de réaliser la césarienne vaginale, par hystérotomie antérieure, extraction de l'enfant qui est cyanosé, pesant 950 grammes et du placenta ; pas d'hémorragie.

La vérification de l'hystérotomie montre qu'elle n'a pas fusé au-delà du cul-de-sac vaginal et de la zone de décollement. Fermeture de l'utérus par des catguts séparés ; on obtient un bon calibrage en faisant la suture sur une volumineuse bougie de Hégar comme conducteur.

Suites excellentes au point de vue général et obstétrical. La femme part au 15^e jour, les signes de décompensation s'étant amendés rapidement.

Césariennes basses

49 OPÉRATIONS

Obs. : 24, 74, 139, 215, 331, 351, 408, 413, 622, 736, 1.081, 1.141, 1.358, 1.399, 1.462, 1.537, 1.640,

1.686, 1.736, 1.753, 1.782, 1.823, 1.199, 1.971, 2.013, 230, 2.034, 2.064, 2.115, 2.175, 2.530, 2.672, 2.709, 2.736, 2.784, 2.936, 3.002, 3.090, 3.119, 3.122, 3.139, 3.277, 3.284, 3.294, 3.421, 3.454, 3.483, 3.531, 3.548.

Les particularités relatives à ces interventions sont les suivantes :

1^o *Anesthésie.* — 42 interventions sur 49 ont été faites sous anesthésie rachidienne, en utilisant une solution de 12 centigrammes de novocaïne 3 cc. de solution à 4 ‰ de l'Assistance Publique. Il a été fait systématiquement une médication préventive consistant en une injection d'une ampoule de lobeline (0,01) et éphédrine (0,03) combinées, préparées par la maison Brunneau. Cette préparation a été pratiquée à la demande de M. le Dr MAYER pour combiner à l'action bien connue de l'éphédrine sur l'hypotension habituelle au cours de l'anesthésie rachidienne, l'effet de la lobeline destinée à combattre l'apnée au cours de l'anesthésie rachidienne. Immédiatement après la première injection, il fut pratiqué une injection de 5 centigrammes de caféine.

Résultats de l'anesthésie au point de vue général. En ce qui concerne le comportement des anesthésies, nous n'avons pas observé d'accidents portant sur l'hypotension et sur l'apnée. Les incidents nauséeux fréquents au bout d'une demi-heure d'anesthésie (l'« Orage de la demi-heure » suivant l'expression de DUCINGE), nous ont paru être moins fréquents à la suite de l'emploi de cette préparation (lobeline-éphédrine).

Enfin, nous n'avons constaté que deux fois des incidents secondaires *minimes*.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une céphalée apparue 24 heures après l'anesthésie sans hypotension traitée cependant par une injection intra-veineuse d'eau distillée (10 cc.).

L'autre incident a consisté en vertiges qui ont duré 2 à 3 jours et qui n'ont pas réapparu au lever de la malade.

La qualité de l'anesthésie a été dans tous les cas excellente et a permis de terminer les interventions sans aucune difficulté. Le relâchement de la paroi abdominale, supérieur à celui de l'anesthésie générale a permis une excellente protection par champs de la grande cavité péritonéale.

L'avantage opératoire essentiel résulte de l'absence d'hémorragie aussi bien de la tranche de section de l'utérus que de la cavité utérine après évacuation.

Ainsi les anesthésies rachidiennes ont rendu les interventions plus faciles parce que, non aveuglées par le sang et les suites opératoires meilleures, en raison de la perte minime du sang subie par les malades.

2° *Césariennes basses et infection ovulaire.* — 17 césariennes ont été faites plus de 10 heures après la rupture des membranes. Il s'agit des obs. 24, 331, 351, 408, 1.081, 1.141, 1.537, 1.686, 1.823, 2.030, 2.034, 2.175, 2.530, 3.002, 3.090, 3.277, 3.531. Sur ces 17 interventions, 9 furent complétées par une

application d'un drainage à la Mikulicz, et l'une d'elle (Obs. 3.531) a donné l'occasion de pratiquer une opération de Jeannin (césarienne sur le segment inférieur après exclusion de la grande cavité péritonéale et application d'un drainage à la Mikulicz immédiatement au contact de la suture utérine).

Toutes ces opérations de césarienne tardive ont donné des excellents résultats sans décès. Les seuls incidents post-opératoires ont consisté en 2 phlébites, l'une double, l'autre simple.

3^o *Particularités de certaines césariennes basses :*

OBS. 74. — Il s'agit de la rupture d'une cicatrice basse observée dans les circonstances suivantes, qui a donné lieu à une communication à la *Société de gynécologie et d'obstétrique*, séance de janvier 1934, et relatée dans la thèse de Bonnet, Paris 1934.

Voici l'exposé du cas devant la Société :

2^e pare de 25 ans qui a eu sa première grossesse en 1932, une césarienne basse pour bassin généralement rétréci et aplati.

2^e grossesse en 1933. D. R. 15-18 janvier 1933. La femme entre à la Maternité pendant le 8^e mois de sa gestation. La cicatrice cutanée est étalée, mince, H. U. 28, l'enfant vivant, en position verticale, est de volume peu considérable ; sa tête au-dessus du détroit supérieur, ne déborde pas.

Le début du travail survient le 16-9-33 à 19 h. 45 par des contractions utérines faibles, espacées de 15 à 20 minutes ; la femme n'éprouve, entre les con-

tractions, aucune sensation douloureuse, son état général est excellent ; pouls 80, T. A. 11 /7, l'enfant est vivant.

La femme, après avoir reçu une injection de 1 centigramme de morphine, est opérée à 21 h. 10 ; soit 1 h. 25 après la première contraction utérine douloureuse ; à ce moment, l'utérus a des contractions peu énergiques, durant 20 à 30 secondes, survenant toutes les 10 minutes.

Sous anesthésie générale au chloroforme (choisi en raison d'une lésion valvulaire récente), il se produit au début de l'anesthésie une syncope respiratoire attribuée uniquement à l'anesthésie ; l'état général restant satisfaisant, le pouls est régulier et bien frappé.

Résection de la cicatrice cutanée et de l'adhérence de l'épiploon au péritoine pariétal sous-ombilical. L'aspect utérin est normal. Le corps est recouvert de péritoine lisse, le sillon répondant à la limite du segment inférieur, bien visible n'est le siège d'aucune suffusion hémorragique. Le péritoine vésico-utérin rendu irrégulier par des plis cicatriciels antéro-postérieurs a été incisé transversalement ; le décollement de l'espace vésico-utérin se fait sans difficulté ; il n'existe pas d'adhérences cicatricielles gênant cette manœuvre qui est exécutée avec douceur à la pointe du ciseau courbe fermé et de façon absolument exsangue. Dès que la face antérieure du segment inférieur est découverte, on constate le fait anormal suivant : la presque totalité de la face antérieure du segment

inférieur mis en évidence est transformée en une lame de tissu transparent : à travers cette zone pathologique de la dimension d'une paume de main environ, on voit très nettement le cuir chevelu de l'enfant : entre la tête fœtale et la lame celluleuse de recouvrement se trouvent des fragments de vernix caseosa.

Sous l'impulsion des légers mouvements imprimés au fœtus par la respiration de la femme, on voit ces fragments de vernix se déplacer dans la lame de liquide amniotique clair, compris entre la tête fœtale et l'amnios que recouvre et protège la lame celluleuse transparente. Sur les côtés, cette transparence disparaît, pour faire place brusquement à un tissu gris rougeâtre, ayant l'aspect du tissu segmentaire normal. La limite de la zone pathologique avec le tissu normal est très nette sur le côté gauche où il longe le bord latéral de l'utérus à distance du pédicule utérin qu'on découvre soulevant le péritoine.

À droite, la limite est moins nette, arciforme : en bas, on aperçoit la tête fœtale jusqu'à la limite du décollement vésico-utérin. En haut, enfin, la transition entre la zone transparente et le tissu normal se fait brusquement à 2 centimètres environ au-dessous de la limite supérieure du décollement péritonéal. L'aspect de l'ensemble peut être comparé à celui d'une enveloppe à transparent, dont la transparence laisse apparaître l'inscription du papier sous-jacent.

On vérifie les culs-de-sac latéro-utérins pour voir s'il n'existe pas d'issue du liquide amniotique ou du

sang ; cette exploration est du reste négative ; on ne trouve en aucun point du segment inférieur de trace d'effraction ou de suffusion hémorragique. On est ainsi en présence, non pas d'une rupture, mais d'un amincissement extrême de la cicatrice de la césarienne basse, qui s'est transformée en une membrane pellucide protégée par la vessie. On incise la membrane recouvrant la tête sur la ligne médiane et immédiatement le tissu qui la constitue se rétracte sur les bords jusqu'à ne plus former qu'une traînée blanchâtre à peine apparente le long des bords musculaires du segment inférieur. L'ouverture ainsi produite, large comme la main, donne issue à l'amnios et à la tête fœtale. Il est inutile de poursuivre l'incision sur les fractions musculaires sus et sous-jacentes ; on extrait facilement un enfant vivant, pesant 3.100 grammes.

Après la délivrance, on vérifie les limites de la zone pathologique ; l'aspect de la tranche utérine ne diffère en rien de celui créé par l'hystérotomie segmentaire normale : c'est une fente allongée dont les deux tranches latérales ont l'aspect rougeâtre, saignant normalement. L'extrémité supérieure reste à 2 centimètres de la limite du décollement péritonéal et n'atteint pas la limite corporéale de l'utérus. L'extrémité inférieure qui est maintenant bien apparente ne se prolonge pas de façon inquiétante vers le vagin.

Après prélèvement d'une portion de la tranche utérine, on termine l'opération en suturant de façon

habituelle, comme si la cicatrice avait été normale. Il se produit une hémorragie intra-utérine assez abondante, probablement due au fait que l'injection de substance ocytotique a été pratiquée très tard, au moment de l'abord du segment inférieur.

La péritonisation ne donne lieu à aucune difficulté. Les suites opératoires furent sans incidents : la femme quitte la Maternité le 25^e jour après l'intervention.

Examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Maternité par le Dr DURANTE, chef du laboratoire : sur un fragment prélevé au niveau de la déchirure.

1^o *Couche superficielle sous-séreuse :*

Les fibres musculaires lisses y sont rares. Le stroma très œdématié est infiltré d'éléments arrondis du type lymphoïde. Un peu plus profondément, on arrive sur les trousseaux musculaires les plus superficiels de myomètre et ici déjà, on est frappé par les modifications de structure et de topographie des fibres lisses. Si quelques faisceaux ont encore conservé leur aspect normal, le reste du tissu est un enchevêtrement d'éléments dont la structure des plus variées est bien différente de la belle régularité du tissu myométrial normal.

Les fibres lisses ont perdu non seulement toute ordination fasciculée, mais encore elles sont pour la plupart étranglées, amincies, rapetissées. Il semble qu'il s'agisse là d'un véritable processus atrophique

que d'autres aspects vont confirmer. En effet, il n'est pas rare de rencontrer des éléments plasmodiaux présentant un corps allongé, terminé par un renflement où s'amassent 20 à 40 noyaux. D'autrefois, la cellule est arrondie avec les noyaux en son centre ; elle peut aussi présenter des prolongements les plus variés, tant dans leur forme que dans leurs dimensions.

Il est à remarquer que ces éléments présentent fréquemment une acidophilie marquée de leur cytoplasme et que leurs noyaux sont en tous points identiques à ceux des cellules musculaires lisses. Du reste, il est aisé de retrouver toutes les formes de passage entre ces plasmodes et les fibres musculaires lisses du voisinage.

Dans cette région, le stroma est peu abondant, sauf autour des axes vasculaires où l'on note une densification marquée du tissu collagène. Les vaisseaux présentent un processus de dégénérescence hyaline qui atteint tout spécialement leur tunique moyenne. L'adventice est fréquemment le siège d'une infiltration lymphocytaire marquée.

2^e Couches moyennes du myomètre.

Les lésions dégénératives des fibres lisses, sont moins importantes que dans les zones plus superficielles. L'atrophie y est moins marquée et l'on n'y rencontre que quelques éléments plurinuclées. L'ordination fasciculée est rarement détruite. Ici les modifications pathologiques portent essentiellement

sur le stroma qui est le siège d'un œdème important. Il est envahi par de nombreux éléments lymphoïdes qui s'amassent plus spécialement dans le stroma périvasculaire. Les gros troncs vasculaires sont encore ici le siège de dégénérescence hyaline.

3^o Plus profondément encore, nous atteignons une région creusée de vastes vacuoles, qui par leur forme, leurs parois, leur disposition au sein du myomètre, n'évoquent nullement l'idée de cavités sinusales dilatées que l'on rencontre couramment dans le muscle utérin.

Tout autour de ces lacunes disposées de front et séparées les unes des autres, par des minces tractus du myomètre, sont disposés des faisceaux musculaires qui arrivent perpendiculairement à leur surface. Les éléments de ces faisceaux semblent avoir subi des tiraillements et en définitive avoir été rompus. Il est à noter qu'ils présentent des traces de dégénérescence aussi marquées que celles que nous avons observées dans la couche sous-séreuse. Le stroma est ici extrêmement abondant : le tissu collagène domine et présente presque partout une sclérose marquée. Les fibres lisses sont étouffées par cette hyperplasie collagène et tendent à disparaître.

Les vaisseaux ont une paroi scléreuse, envahie par des éléments lymphoïdes.

4^o Enfin, dans la profondeur du myomètre, les trousseaux musculaires reprennent un aspect et une

structure normale. La sclérose péri-fasciculaire persiste et la marque de l'inflammation est caractérisée par les lésions vasculaires précédentes qui dans cette région sont les plus intenses.

REMARQUE. — Il est évident que certaines altérations d'ordre physiologique sont de règle au moment de la grossesse. Il est fréquent qu'elles soient interprétées comme des lésions pathologiques. Il faut nécessairement, en tenir compte et ne pas signaler des ectasies vasculaires, des thromboses et un certain degré d'œdème interstitiel comme un processus lésionnel.

Ici au contraire, en présence des altérations du myomètre que nous avons décrites : lésions des fibres musculaires, sclérose du stroma, vascularite et arrachement tissulaire, nous croyons pouvoir affirmer que l'utérus était atteint de lésions déjà anciennes d'inflammation chronique et que la sclérose et l'atrophie musculaire qui en a résulté, ont été les deux facteurs déterminants de la rupture.

B. — Deux césariennes basses ont été faites pour procidence.

Une, du cordon, constatée 4 heures après l'accident chez une femme antérieurement césarisée, qui fit une rupture prématurée des membranes.

Obs. 2.030. — Au moment de l'opération, le cordon battait et l'enfant fut extrait vivant.

L'autre (Obs. 2.034), est celle d'une 3^e pare ayant accouché antérieurement de deux enfants vivants de poids normal, qui arriva à la Maternité avec une procidence du cordon et du membre supérieur, constatée 10 heures après la rupture des membranes, avec une dilatation de 2 franes. On pratiqua une césarienne basse avec application d'un drainage à la Mikulicz.

C. — Césarienne basse pour placenta praevia. Il fut pratiqué 5 césariennes basses pour placenta praevia (Obs. 1.537, 2.736, 2.784, 3.454, 3.483). Dans deux cas, on fit une rachi-anesthésie malgré le placenta praevia, parce qu'on a été en présence de femmes dont l'état général était bon et la tension artérielle peu abaissée. Dans les autres cas, l'anesthésie rachidienne fut écartée, en raison du danger possible de l'hypotension.

Dans un cas (Obs. 3.454), l'opération fut faite malgré la mort du fœtus, en raison des hémorragies répétées, après rupture artificielle des membranes et la dilatation peu avancée. Le traitement par ballon ou par version fut écarté, en raison de l'importance de l'hémorragie constatée. Ces cinq cas se terminèrent par guérison.

D. — Césariennes basses itératives.

Elles sont au nombre de douze. Neuf chez des 2^e paires, trois chez des 3^e paires, chez lesquelles il fut pratiqué la stérilisation par section des trompes au thermocautère avec enfouissement du bout utérin.

E. — Une césarienne basse pour tumeur praevia,

constituée par le rein ectopique gauche en situation pelvienne.

Cette observation a fait l'objet d'une communication à la « Société de Gynécologie et Obstétrique », séance du 8 mai 1934.

Voici le résumé :

VI^e pare. D. R. septembre 1932, suivie à la consultation où on a constaté depuis le 4^e mois de la grossesse une « masse située en arrière de l'utérus » sans solidarité apparente avec l'utérus. On diagnostique une tumeur pelvienne de forme et de consistance kystique.

A la fin de la grossesse, la masse paraît être un peu refoulée en bas, mais elle est toujours séparée de la face postérieure de l'utérus.

Début du travail juin 1933. H. U : 33, enfant vivant en position verticale, tête élevée au-dessus du D.S., ne déborde pas. Rupture spontanée des membranes. La tumeur praevia est fixe et n'a pas tendance à ascensionner ou à s'aplatir. Pour ces raisons on se décide à intervenir. Opération césarienne sans extirpation de la tumeur sur la surface de laquelle cheminent d'énormes veines. Suites excellentes.

Pendant les mois suivants la femme éprouve des douleurs dans la région iliaque gauche, qui la décident à se faire opérer. Laparatomie médiane, incision du péritoine pariétal, à l'arrivée sur la tumeur on constate qu'elle est formée par le rein gauche, en position pelvienne, entouré d'un tissu graisseux richement

vascularisé, la loge rénale gauche est vide. En ce qui concerne le rein droit, on le trouve légèrement ptosé. Le rein gauche est fixé dans sa position pelvienne.

F. — RÉSULTATS GÉNÉRAUX SUR LES 49 CAS :

Décès.....	0 cas
Supuration de la paroi	2
Phlébites (Obs. 622, 2.672, 2.736)	3
Complications pulmonaires	4

Césariennes corporéales

8 OPÉRATIONS

Obs. : 357, 952, 1.356, 1.786, 1.936, 2.231, 2.940, 3.649.

Parmi ces opérations, trois ont été pratiquées avant tout début de travail, trois itératives ont été pratiquées aux premières douleurs (Obs. 357, 2.940, 3.649) ; une enfin a été faite pour malformation utérine (Obs. 2.231) avec deux utérus (utérus didelphe) : l'utérus droit étant gravide, l'utérus gauche formant une masse praevia. L'opération a été faite 1 heure après la rupture spontanée et prématurée des membranes. Le second utérus a été laissé en place, en raison de la large surface d'implantation commune. A une grossesse antérieure (1929), la femme chez laquelle la malformation avait été dia-

agnostiquée, avait accouché spontanément. Il s'agissait d'une présentation du siège. Après la rupture des membranes, la mort de l'enfant se produisit *in utero*. Il fut pratiqué une grande extraction en raison de l'infection ovulaire, et l'opération dut être terminée par une basiotripsie sur tête dernière. C'est particulièrement en raison de ces antécédents que fut décidé un traitement opératoire ; la césarienne corporéale fut choisie en raison de la malformation utérine faisant craindre des dispositions anormales et gênantes de la vascularisation segmentaire.

Anesthésies : Sur les 8 interventions, 5 ont été faites à l'anesthésie rachidienne (Obs. 557, 1.786, 2.234, 2.940, 3.649). Les résultats de la rachi-anesthésie sont les suivants :

On put observer comme pour les césariennes basses, une diminution notable de la quantité du sang épanché au niveau de la tranche de section et de la cavité utérine.

Résultats généraux sur les 8 cas.

Décès.....	0 cas
Phlébite (Obs. 357)	1 »

Il s'agit d'une césarienne sur un utérus fibromateux qui fut l'objet d'une myomectomie.

Hystérectomies

10 OPÉRATIONS DONT 9 cas après césarienne corporéale.

Obs. : 3, 266, 417, 1,023, 1,822, 2,706, 2,755, 2,857, 2,907.

Résultats généraux : 4 décès (Obs. 1,023, 2,755, 2,857, 2,907).

A. — Rupture utérine : 2 cas (Obs. : 3, 2,857).

Obs. 3. — Relative à une 9^e pare, arrivée à la Maternité 3 heures après la rupture des membranes avec une présentation transversale. On pratique une version, par manœuvres internes exécutées en raison de la souplesse de la paroi et du petit volume du fœtus. Extraction sans difficulté et sans incidents de l'enfant. Pas de choc, pas de signes d'hémorragie interne, excellent état général. On fait une délivrance artificielle en raison du retard de la délivrance et de l'absence de décollement du placenta. La main introduite dans le vagin tombe directement sur une brèche par laquelle elle entre dans une cavité où elle empaume l'utérus par sa surface extérieure, et dans laquelle on reconnaît des anses intestinales. État général toujours excellent. En raison de la rupture utérine incontestable, on fait une hystérectomie. On constate que la déchirure segmento-corporéale ascendante passe entre le ligament rond droit en avant et le pédicule latérale droit en arrière. La tranche est exempte. On ne conserve pas l'utérus, en raison de l'âge et de la multiparité de la malade. Guérison sans incidents.

Obs. 2,857. — Rupture utérine constatée en ville après l'expulsion de l'enfant (expression ?) A l'entrée femme exsangue, sans poulx, meurt quelques instants après.

B. Placenta-*praevia*, 3 cas (Obs. 417, 2,755, 2,907).

Il s'agit de trois femmes ayant saigné pendant la grossesse. 2 décès (Obs. : 2,755 et 2,907).

OBS. 2.755. — Femme ayant saigné pendant sa grossesse. La malade n'est opérée que 24 heures après le début du travail, malgré qu'elle a saigné pendant le travail. Extraction d'un enfant vivant, mort par choc, malgré une transfusion après l'opération.

OBS. 2.907. — Mêmes circonstances chez une femme arrivée à la Maternité en état d'anémie aiguë avec température de 40,7. Mort par choc au cours de l'opération.

C. — Césariennes itératives 4 cas (Obs. : 266, 1.023, 1.822, 2.706).

Il s'agissait dans les quatre cas de césariennes faites pour la troisième fois.

OBS. 1.023. — Mort par choc au cours de l'intervention.

Pelvitomies

6 OPÉRATIONS

OBS. 434. — Primipare obèse suivie à la consultation, ayant un bassin normal. Rupture prématurée des membranes 12 heures avant le début du travail. La femme entre à la Maternité au commencement des douleurs, H. U. : 42 tête très élevée, mal fléchie. Une nouvelle exploration du bassin confirme toute absence de rétrécissement pelvien. Après 2 heures de travail (36 heures après la rupture des membranes), début d'ascension thermique, tête toujours au détroit supérieur mais ne le déborde pas. On attribue le non-engagement à un excès de volume du fœtus et à une mauvaise accommodation de la tête. Au toucher on trouve une dilatation de grande paume, la bosse séro-sanguine masquant les sutures, la tête bien appliquée, au détroit supérieur, mais non engagée, température à 38,9.

Dans ces conditions, on écarte l'intervention par voie haute en raison du temps écoulé depuis la rupture des membranes, de la température et de la légère disproportion existant entre le bassin normal et la tête de volume un peu exagéré.

Opération de ZARATE : on fait pratiquer un très léger écartement des genoux, il se produit un écartement du pubis de plus de 3 travers de doigts. On pratique une injection d'une ampoule d'extrait hypophysaire Choay n° 4 » et une double épisiotomie préventive. Expulsion de l'enfant pesant 4.100 grammes. On est obligé de pratiquer une délivrance artificielle en raison d'une hémorragie abondante. La révision des parties molles montre leur intégrité. On passe une sonde à demeure qui n'est pas obturée et laissée à demeure pendant 4 jours. L'urine recueillie n'est pas sanglante. Les suites de couches sont fébriles pendant 6 jours, la température oscillant autour de 39°. Ulérieurement, aucun incident ne s'est produit. On a permis à la femme de faire dans son lit dès le 3^e jour des suites de couches, tous les mouvements qu'elle pouvait exécuter. Lever le 15^e jour, à partir de ce moment, légère incontinence d'urine à l'effort et à la station debout prolongée. La malade a été examinée ultérieurement à plusieurs reprises, pas de troubles de la marche ; la faiblesse du sphincter s'est atténuée.

En fin 1933, nouvelle grossesse, actuellement en cours. La femme présente une dysurie qui n'est pas

plus importante que celle survenue au début de la grossesse précédente.

OBS. 44. — Primipare de 27 ans, avec bassin aplati. P. S. P. = à 10,5 ; utérus peu développé. Epreuve du travail qui au bout de 6 heures de rupture des membranes est jugé comme devant être favorable (tête paraissant plongée dans l'excavation) 24 heures après, même état. Dilatation grande paume, tête élevée, début d'infection ovulaire.

Opération de ZARATE avec double épisiotomie préventive et administration d'extrait hypophysaire. La tête descend sur le plancher périnéal, en ce moment signes de souffrance fœtale. On extrait le fœtus par une application de forceps très simplement et très doucement exécutée.

OBS. 3.490. — Tête très défléchie, bassin normal, signes de souffrance fœtale. Pubiotomie gauche suivie d'application de forceps ; extraction d'un enfant vivant qui meurt au bout de 3 jours. Suite de couches fébriles ; la température descend après évacuation d'un hématome collecté au niveau des adducteurs.

Résultats généraux des interventions chirurgicales

Césariennes vaginales	2 cas
Césariennes basses.	49 »
Césariennes corporéales	8 »
Césariennes avec hystérectomie.....	10 »
Pelvitomies	6 »
Total	75 cas
Mortalité.....	4 cas

Le pourcentage de mortalité s'élève à 5,4 0/0.

Phlébites.....	4 cas
Accidents pulmonaires.....	4 »
Accidents pariétaux	2 »

Interventions non obstétricales

57 OPÉRATIONS

Périnéorraphies.....	7
Ligamentopexies	5
Ablations de kyste de l'ovaire dont 1 avec hystérectomie	11
Hématocèle	1
Grossesses ectopiques.....	4
Appendicectomies	8
Hystérectomies.....	9
Cures radicales d'éventration.....	2
Urétrorraphies	2
Hydrosalpinx	1
Occlusion.	1
Hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome	1
Ablation d'un ovaire pour salpingite	1
Hystérectomie pour kyste et fibrome	1
Salpingoplasties avec insuflation	2
Fermeture d'une fistule recto-vaginale.....	1

OBS. 37. — Femme 50 ans, hystérectomie abdominale subtotale pour utérus polyfibromateux, mort 2 jours après par septicémie.

CHAPITRE VI

PATHOLOGIE DE L'APRÈS-PART

467 OBSERVATIONS

Dans ce chiffre, sont comprises toutes les suites de couches fébriles, c'est-à-dire, toutes les femmes qui ont eu au moins une fois la température rectale à 38°, non compris le jour de l'accouchement.

Le total des femmes accouchées a été de 3.996.

Total des femmes ayant eu des suites de couches fébriles ; soit de morbidité de 11 %.

Infections mammaires

187 OBSERVATIONS

Sur ce nombre, il y eût 38 cas de lymphangites où de crevasses du sein : la plupart guérissent rapidement par simple pansements humides chauds. 35 fois, il s'est agi d'abcès du sein : 98 furent guéris par le propidon, 26 furent traités par l'incision.

Traitement par injection intra-mammaire de filtrat polymicrobien

1^o *Avant la phase de suppuration.* — Injection dans la zone infiltrée de filtrat anti-staphylococcique préparé par le Dr FISCII. Le mode d'introduction de la préparation microbienne au niveau même de la zone d'inflammation nous apparut moins douloureuse que la voie d'introduction recommandée par MM. BASSET et POINCELOUX qui introduisent le vaccin par la porte d'entrée, c'est-à-dire par le mamelon (*La Presse médicale*, nov. 1930).

2^o *Pendant la phase suppurative.* — Le traitement par filtrat anti-staphylococcique, fait avant tout traitement chirurgical, nous a permis d'obtenir la guérison sans incision chirurgicale. Le procédé employé est le suivant : Ponction à l'aide d'une aiguille assez volumineuse à la partie supérieure de la région enflammée (de façon à ne pas créer un trajet fistuleux) ; aspiration du pus contenu dans la cavité purulente et réinjection dans cette cavité de filtrat anti-staphylococcique de FISCII, à raison de 2 à 4 cm³ suivant la dimension de la cavité suppurée.

Il nous est arrivé à de nombreuses reprises de faire au cours de la même séance des injections de pus et réinjections de filtrat en plusieurs points séparés de la zone de l'abcès. Cette manœuvre est généralement répétée d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, suivant l'évolution des phénomènes locaux ou géné-

raux. Nous avons trouvé avantage même lorsque les phénomènes inflammatoires locaux et la température avaient diminué, à évacuer les cavités devenues moins tendues et moins douloureuses : cette ponction uniquement évacuatrice sans réinjection de filtrat, assure la résolution plus rapide de la mastite ; dans un certain nombre de cas, nous avons fait cette évacuation de type pratiquement aseptique à 2 ou 3 reprises. Le moment où nous cessons d'injecter du filtrat après avoir évacué le pus, ne peut pas être fixé de façon précise, mais nous nous sommes guidés plus sur les phénomènes locaux que sur les phénomènes généraux. Dans plusieurs cas, la température étant tombée à la normale, il existait encore une infiltration douloureuse du sein qui nous a amenés à réinjecter du filtrat. L'introduction du filtrat était au contraire interrompue au moment où les phénomènes locaux se réduisaient à de l'œdème et à une fluctuation peu ou pas douloureuse.

Dans les cas où le traitement par ponction et injection de filtrat se montrait inefficace, on est intervenu chirurgicalement, mais en complétant l'incision et le drainage chirurgicaux par des instillations du même filtrat dans des foyers d'incision. Cette méthode paraît donner une grosse amélioration en ce qui concerne la durée de l'évolution des affections mammaires.

D'autre part, et surtout, elle évite les troubles esthétiques.

Infections génitales légères

348 OBSERVATIONS

Au cours de la gestation, nous avons traité 27 femmes pour leucorrhée : 7 d'entre elles ont présenté de la température au cours des suites de couches.

Dans 212 cas, nous avons observé des lochies fétides.

Dans 87 cas de troubles urinaires, on constata 13 cystites et 43 pyélonéphrites.

Dans 77 cas, on constata une température élevée après application de forceps.

Dans les avortements nous avons vu 17 fois de la température.

Dans 62 cas de délivrance artificielle, les suites de couches ont été fébriles.

La rétention des membranes a donné la température pendant quelques jours dans 89 cas.

Phlébites

18 OBSERVATIONS

Obs. 622, 654, 809, 853, 898, 1.034, 1.039, 1083, 1.155, 1.180, 1.185, 1.295, 3.316, 3.504, 3.667.

Ce nombre très important de phlébites comporte non seulement les phlébites caractérisées à type de

phlegmatia alba dolens, mais aussi 11 cas de phlébites frustes décélées par les signes de DUCUING. Ces signes (périphériques : sympathiques et douleurs plantaires ; abdominaux : urinaires, intestinaux et rectaux ; douleurs et diminution du ballonnement du mollet, etc.) ont fait l'objet d'une recherche systématique, dans tous les cas où la phlébite a été soupçonnée. Parmi les 11 cas de phlébite fruste, immobilisés en raison des signes très discrets, sans œdème véritable, deux firent des phlébites caractérisées qui commençaient après le 15^e jour (Obs. 622, 898), et un dernier cas (Obs. 3.504) entraîna la mort au 15^e jour ; les petits signes de DUCUING ayant attiré l'attention le 8^e jour, douleurs et ballonnement du mollet et signes sympathiques. L'embolie mortelle survint malgré l'immobilisation conseillée mais non observée de la femme qui demeurait septique en raison de l'absence de l'œdème.

Les phlébites constatées en 1933 dans le service sont en partie consignées (jusqu'au mois de juillet) dans la thèse de GUILHEM (Toulouse 1933).

Autres infections

3 cas de psychose puerpérale fébrile dont un se termina par la mort (Obs. 3.219).

CHAPITRE VII

MORTALITÉ MATERNELLE

22 OBSERVATIONS

OBS. 3,504. — Application de forceps suivie de revision utérine chez une primipare pour non progression de la tête et modification des bruits du cœur. Décès le 15^e jour des suites de couches par embolie. On a constaté le 8^e jour une douleur siégeant au niveau du mollet droit.

OBS. 3,482. — Application du forceps chez une primipare après incision du col suivie de revision utérine pour hémorragies multiples. Décès survenu par apoplexie placentaire. Traitement effectué : sérum de Normet.

OBS. 1,994. — Application du forceps chez une primipare pour lenteur de la progression. Décès survenu le 51^e jour des suites de couches par une septicémie à staphylocoques diagnostiquée par hémoculture :

Traitement effectué : sérum de VINCENT, et abcès de fixation. Nécropsie : abcès dans la fosse iliaque droite d'origine annexielle.

OBS. 1,328. — Application du forceps chez une primipare

pour souffrances fœtales. Décès le 8^e jour des suites de couches.

Traitement effectué : appendicectomie, colpotomie.

OBS. 424. — Application du forceps plus incision du col pour lenteur du travail, femme en travail depuis 54 heures. Décès survenu le 16^e jour des suites de couches par une septicémie à streptocoques diagnostiquée par hémoculture.

La femme a présenté une température de 38° 2 dès son entrée dans le service.

Traitement effectué : propidon, abcès de fixation, deux immuno-transfusions à 200 grammes.

OBS. 1.815. — Accouchement normal chez une primipare décédée le 8^e jour des suites de couches.

OBS. 199. — Accouchement normal prématuré à 8 mois, femme décédée le 5^e jour des suites de couches, présentant une grippe maligne. Température 38° dès l'accouchement.

OBS. 411. — Accouchement normal chez une deuxième pare décédée le 10^e jour des suites de couches par infection puerpérale. La femme a commencé à présenter de la température le 3^e jour après l'accouchement.

Traitement : abcès de fixation, immuno-transfusion.

OBS. 451. — Troisième pare, accouchement normal suivi de délivrance artificielle pour hémorragies. La femme a expulsé entre l'accouchement et la délivrance 1.600 grammes de sang. Décès au 13^e jour des suites de couches.

OBS. 525. — Accouchement normal chez une primipare décédée le 11^e jour des suites de couches par infection puerpérale. Température 38°1 au 3^e jour des suites de couches. Traitement : sérum de Vincent.

Il est à noter qu'il ne fut pas pratiqué de toucher au cours du travail.

Obs. 628. — Accouchement normal chez une primipare décédée le 18^e jour des suites de couches à la suite d'une septicémie à staphylocoques diagnostiquée par une hémoculture. Traitement : 2 abcès de fixation, sérum de Vincent intra-veineux, alcool intra-veineux.

Obs. 1.169. — Version interne pour hémorragie par placenta praevia. 1.500 grammes. Décès le 10^e jour des suites de couches. Traitement : tamponnement, transfusion (400 grammes), sérum artificiel.

Obs. 3.219. — Accouchement normal chez une primipare, délivrance artificielle pour hémorragies. Le 7^e jour, la femme présentant des accès de manie aiguë est transférée à l'hôpital Cochin. Décès, 4 jours après le transport.

Deuxième pare accouchée et délivrée en ville : la femme arrive à la Maternité le 9^e jour des suites de couches avec une température de 40°. Décès survenu le 3^e jour après son entrée par infection puerpérale.

Traitement : abcès de fixation : immuno-transfusion et sérum de VINCENT.

Les observations 2.755, 2.907, 2.614, 31 *bis*, 1.465 et 2 hystérectomies ont été citées au cours de ce travail.

Obs. 1.471. — Pyélonéphrite toxique, accouchement prématuré provoqué mort le 12^e jour.

OBS. 2.604, 2.755, 2.907. — Mort après césarienne suivie de hystérectomie par choc. Cf. obs. antérieurement citées.

OBS. 31 *bis*. — Mort post-abortum, curage chez une femme en état d'infection septicémique.

En résumé :

A. — Mort par infection. 12 cas dont il faut éliminer : 2 morts par grippe aiguë (Obs. 199, 1.328) ; une mort par manie aiguë chez une femme antérieurement infectée (Obs. 3.219) ; enfin 2 femmes arrivées en état d'infection puerpérale caractérisée, l'une post-partum, l'autre post-abortum (Obs. 31 *bis*).

Il reste 8 cas de mort par infection puerpérale. 4 d'entre eux sont consécutifs à des accouchements sans aucune manœuvre (Obs. 199, 411, 525, 1.815). D'autre part 4 sont consécutifs à des manœuvres ; Obs. 424, 1.994 (après application de forceps), Obs. 451 (après délivrance artificielle) et Obs. 638 (après version interne).

A noter un fait important c'est que sur ces 8 cas de mort, 6 sont groupés dans la même quinzaine, qui coïncide avec une période grippale (début février 1933), les numéros en font foi (Obs. 199, 411, 424, 451, 527, 638).

B. — Autres causes de mort : une embolie (Obs. 3.504) ; un hématome rétro-placentaire (Obs. 3.482) ; 3 chocs post-opératoires (placenta praevia, obs. 2.614, 2.753, 2.907).

CHAPITRE VIII

PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ

1^o Malformations

23 OBSERVATIONS

- 7 becs-de-lièvre.
- 11 hydrocéphalies.
- 2 imperforations anales.
- 2 anencéphalies.
- 1 spina bifida.

2^o Céphalhématomes

8 OBSERVATIONS

Obs. 815, 1.093, 1.287, 1.485, 1.524, 1.539, 1.922, 3.409.

3^o Broncho-pneumonies

2 OBSERVATIONS

Obs. 1.652, 1.723.

4^o Eczéma

2 OBSERVATIONS

Obs. 1.651, 2.524.

5^o Ictères

4 OBSERVATIONS

Obs. 1.835, 1.261, 2.187, 2.524.

6^o Mœléna

5 OBSERVATIONS

Obs. 1.277, 1.317, 1.436, 1.742, 1.967.

7^o Affections oculaires

7 OBSERVATIONS

4 ophtalmies gonococciques contrôlées et vérifiées
bactériologiquement.

1 glaucome syphilitique.

2 opacités de la cornée post-forceps.

8^o Syphilis

89 OBSERVATIONS

Observations d'enfants morts avec manifestations syphilitiques cliniques, maternelles ou dans les antécédents des procréateurs. Parmi ces observations nous trouvons :

12 enfants macérés.

53 enfants prématurés.

11 enfants morts avant le 11^e jour.

9^o Traumatismes

6 OBSERVATIONS

Toutes les observations sont relatives à des paralysies faciales.

10^o B. C. G.

53 OBSERVATIONS

L'administration de B. C. G. a été faite dans les observations suivantes : 811, 883, 1.036, 1.108, 1.283, 1.327, 1.341, 1.412, 1.552, 1.578, 1.599, 1.590, 1.684, 1.683, 1.729, 1.761, 1.789, 1.776, 1.814, 1.868, 1.883, 1.900, 1.971, 1.974, 1.966, 2.021, 2.122, 2.127, 2.179, 2.182, 2.440, 2.531, 2.532, 2.548, 2.576, 3.531, 3.614, 1.053, 1.044, 1.006, 1.033, 1.070, 1.097, 1.239, 1.245, 1.362, 1.364, 1.357, 1.592, 1.599, 1.630, 1.681, 1.786.

CONCLUSIONS

La Maternité de Port-Royal comprend les organisations suivantes :

1^o Service à hospitalisation pour femmes enceintes, parturientes et accouchées. Ce service peut, en outre, admettre des femmes, qui sans être enceintes, présentent des affections gynécologiques, nécessitant une intervention chirurgicale.

2^o Service de polyclinique :

Consultation prénatale ;

gynécologique ;

de syphiligraphie ;

de nourrissons ;

de la stérilité.

Vu : Le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de Thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

I. Thèses inspirées par M. LE LORIER, et qui complètent l'étude du fonctionnement de la Maternité de l'hôpital Boucicaut.

HENRY (J.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1924.

PIRY (P.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1925. *Thèse de Paris*, 1927.

LEJEUNE (R.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1926. *Thèse de Paris*, 1928.

SURPAS (J.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1927. *Thèse de Paris*, 1928.

BERCOVICI (B.). — Contribution de l'étude de la césarienne basse. *Thèse de Paris*, 1927.

TURILLOT-BONDOUX (D.). — Quelques observations de Syphilis héréditaire. *Thèse de Paris*, 1927.

KUBORN (M.). — Quelques cas inédits de kystes de l'ovaire ayant compliqué la gestation. *Thèse de Paris*, 1928.

MARCOTTE (A.). — Contribution de l'étude des pyélonéphrites chez la femme en état de gestation. *Thèse de Paris*.

EILBAUM (M.). — Contribution à l'étude de l'albuminurie chez la femme enceinte. *Thèse de Paris*, 1928.

LAVAUT (Solange). — De la sensibilité utérine dans l'après-part. *Thèse de Paris*, 1928.

TRIAL (R.). — Étude de 34 cas de pelvitomies. *Thèse de Paris*, 1928.

AUCLAIR (J. M.). — Le gros enfant (Étude des observations de 1928 à la Maternité de Boucicaut) Paris, 1929.

MAZIOL (P.). — De l'emploi du lait condensé sucré pur comme

complément de la ration alimentaire du nourrisson élevé au sein. Paris 1929.

JADLOVSKY (M.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut pendant l'année 1928. *Thèse* 1929.

GOURCON (L.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut pendant l'année 1929. *Thèse* Paris, 1931.

JAKOWZOFF (W.). — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut pendant l'année 1931. *Thèse* Paris, 1932.

II. — Travaux scientifiques réalisés à la Maternité de Port-Royal (Service et Laboratoires) pendant l'année 1933 et le commencement de l'année 1934.

BONNET. — Les ruptures de cicatrices de césariennes basses. *Thèse* Paris 1934 (Travail fait à la Maternité de Port-Royal pendant l'année 1933).

DALSACE (J.). — Les résultats de la phylacto-transfusion dans le service de la Maternité. *Rev. Française de Gyn. et d'Obs.*, mai 1933.

DESNOYERS (A.). — Les rétentions placentaires du post-partum, manifestées tardivement. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1933.

— Les pelvitomies à la Maternité de Port-Royal. *Rev. franc. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1933.

DESNOYERS (A.), MAYER et ISIDOR. — Tumeur utérine pseudo-sarcomateuse développée aux dépens d'une surrenale abérrante. Travail de la Maternité de Port-Royal et du Laboratoire d'Anatomie pathologique de la clinique Baudelocque. *Soc. franç. de Gyn. et d'Obst.*, février 1933.

— Volumineuse tumeur pseudo-sarcomateuse développée au dépens d'un tissu de type surrénal dans le voisinage de l'utérus. (Études anatomiques et interprétation pathologique). *Gyn. et Obst.*, t. XXVIII, juillet 1933.

DURANTE. — Contribution à l'étude des coeurs périphériques. *Presse médicale*, 1933.

— Myomètre et vaisseaux utérins (Glomus utérin). Travail du laboratoire de la Maternité de Port-Royal. *Soc. franç. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, juillet 1933.

- DURANTE et LEMELAND. — Tumeur de la caduque, déciduome vrai ou myomètre. *Soc. franç. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, mars 1933.
- GUILHEM (P.). — Le dépistage précoce de la phlébite puerpérale (Étude anatomique physiologique et clinique de ses premières manifestations). *Thèse Toulouse* 1933. (Travail de la clinique obstétricale de Toulouse et de la Maternité de Port-Royal).
- Sur la valeur de quelques signes cliniques dans le diagnostic précoce des phlébites obstétricales. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1933.
- LE LORIER (V.). — Les pyélonéphrites. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1933.
- La vaccination obstétricale préventive. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1933.
- Deux données pratiques pour apprécier l'âge de la gestation après le 6^e mois ; à la hauteur dorsale et la longueur dorsale du fœtus. *Soc. franç. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, décembre 1933.
- Incision latérale comme voie d'accès sur certains kystes de l'ovaire pendant la gestation (Congrès des gynécologues de langue française 1933). *Gyn. et Obst.*, t. XXVIII, p. 535.
- LE LORIER (V.) et MAYER (M.). — Éclampsie à forme convulsive, échec du traitement médical et de la césarienne vaginale. *Soc. franç. de Gyn. et d'Obst.*, février 1933.
- Tumeur praevia par rein ectopique pelvien. *Soc. franç. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1934.
- LE LORIER (V.), MAYER et DUREL. — Syphilis tertiaire du col. *Soc. franç. d'Obst. et de Gyn.*, janvier 1924.
- LE LORIER (V.) et DURANTE. — Tumeurs multiples, diverticules et cloisonnement tubaire. *Soc. franç. d'Obst. et de Gyn.*, février 1933.
- LE LORIER, GOIFFON et PARENT. — Recherche sur la ventilation des femmes enceintes. *Gyn. et Obst.*, t. XXVII, juin 1933.
- LIMASSET (Z.) et PIERRA (Chr.). — Les vomissements incoercibles. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1933.
- MAYER (M.). — Les infections cellulaires péri-utérines des suites des couches. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1933.
- Rupture silencieuse d'une cicatrice de césarienne basse,

constatée au cours d'une césarienne itérative. *Soc. franç. d'Obst. et de Gyn.*, janvier 1934.

— Statistique et travaux de la Maternité de Port-Royal. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1933.

